CENA 40 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Luty 1949 Nr 2



WYDAWCA POLSKI



CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Luty 1949 Nr 2

JEDNYM z tematów żywo interesujących świat pielęgniarski jest współzawodnictwo na pielęgniarskim odcinku służby zdrowia. W związku z tym problemem, słyszy się niekiedy pytania: **„Jak można stosować w naszej pracy współzawodnictwo? Naszym obowiązkiem jest ścisłe wykonywanie zleceń lekarskich. Czy możemy wykonać więcej niż trzeba? Czy nie przyniesie to szkody chorym, jeżeli będziemy pracowały w pośpiechu"?**

Pytania bardzo istotne! Wiemy, że na wszystkich odcinkach pracy rozwija się w Polsce akcja współzawodnictwa. Rozwija się ona także w służbie zdrowia i niewątpliwie stanie się równie potężnym czynnikiem ulepszenia pracy i zwiększenia jej wydajności, jakim stała się w dziedzinie produkcji.

Należy się jednak zastanowić nad formą i sposobem realizacji tego współzawodnictwa w naszej pracy, tak bardzo różnej od pracy górnika czy murarza.

W pracy pielęgniarskiej współzawodnictwo nie polega oczywiście na tym, żeby choremu robić zabiegi — ponad miarę, lub żeby wykonywać szybciej czynności, które powinny być wykonywane w ściśle określonym tempie.

Praca pielęgniarek jest częścią składową pracy całego zespołu pracowników. W zakładzie leczniczym wszyscy jego pracownicy od palaczy, sprzątaczek, personelu kuchennego, przez personel administracyjny, pielęgniarski i lekarski, aż do dyrektora — stanowią zespół ludzi współdziałających ze sobą dla wspólnego celu.

Wiemy dobrze, że w takich samych warunkach, przy takiej samej liczbie pracowników, praca różnych zakładów leczniczych wygląda bardzo różnie. W jednych wszystko idzie sprawnie, wszędzie panuje czystość, chorzy nie czekają długo na przyjęcia u specjalistów, zabiegi otrzymują w porę, jedzenie jest smaczne, nastrój pogodny i życzliwy. W innych szpitalach wszystko „idzie na opak".

Od czego to zależy?

Od organizacji pracy, od sprężystości kierownictwa? Niewątpliwie. Ale najlepszy kierownik nie zdziała cudów, jeżeli wszystkie ogniwa tego skomplikowanego, precyzyjnego mechanizmu, jakim jest zakład leczniczy, nie będą współpracować, jeżeli nikt nie będzie występował z inicjatywą ulepszenia organizacji i wydajności pracy — na różnych szczeblach.

Usprawnienie pracy zespołu, lepsze zużytkowanie energii ludzkiej, zracjonalizowanie czynności, zharmonizowanie ich — oto, co można osiągnąć przez współzawodnictwo poszczególnych zespołów między sobą.

Zastanówmy się każda na swoim odcinku pracy, co można zrobić, żeby mniej było zbędnego biegania i wzajemnego szukania się, żeby chory jak najkrócej czekał na przyjęcie, punktualnie

wykonywane były zabiegi, chory nie męczył się zbędnym wyczekiwaniem przed gabinetem rentgenologicznym, na czas otrzymywał posiłki — odpowiednio przygotowane i gorące, żeby wszędzie było nie tylko czysto, ale także ładnie, estetycznie, przytulnie. Zastanówmy się nad tym czy odpowiednio wykorzystane są wszystkie pomieszczenia szpitalne. Rozejrzyjmy się po placówce naszej pracy okiem współgospodarza, a także okiem pacjenta.

Współzawodnictwo pracy pomiędzy zespołami różnych zakładów i instytucji niewątpliwie przyczyni się do usunięcia wielu rażących braków, do których przywykłyśmy, na które nie zwracamy uwagi i o których niejedno potrafią nam powiedzieć sami chorzy. Celem tego współzawodnictwa jest stworzenie lepszych warunków leczenia, udogodnienie choremu pobytu w szpitalu, usprawnienie procesu leczenia.

Współzawodnictwo może być zarówno zespołowe jak indywidualne. Każda z nas różnie układa swoją pracę. Są pielęgniarki, które wszystko wykonują na czas i są takie, które nigdy nie mogą zdążyć. Uczmy się pracować lepiej. Wzorujmy się na koleżankach, które przodują. Pomagajmy niezaradnym — koleżeńską radą i dobrym przykładem.

Akcja współzawodnictwa pracy nie polega tylko na wzmożeniu dobrych chęci i wysiłków, nie idących w bliżej sprecyzowanym kierunku. Ażeby akcja nasza, którą chcemy przeprowadzić w ramach współzawodnictwa pracy, przybrała wyraźne kontury, musimy postawić sobie konkretne zadania.

Na wypełnienie postawionych zadań musimy przy tym wyznaczyć sobie pewien ściśle określony termin, który stanie się bezpośrednim bodźcem do wzmożenia wysiłku.

Przedmiotem współzawodnictwa powinna stać się także praca nad podniesieniem poziomu naszych kwalifikacji fachowych i rozszerzeniem wiedzy ogólnej. Uczmy się wykonywać to, co nam przychodzi z największym trudem, poznajmy te zagadnienia, które rozumiemy najsłabiej. Nie ograniczając się do wiedzy fachowej, dążmy do zaznajomienia się z podstawowymi zagadnieniami społecznymi i politycznymi, do lepszego poznania literatury pięknej, do rozszerzenia własnych horyzontów.

Opracowanie zagadnień i norm współzawodnictwa na odcinku pielęgniarskim zależy również od nas samych, od naszej własnej inicjatywy. Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" będzie chętnie zamieszczać artykuły, wypowiedzi i korespondencje, dotyczące akcji współzawodnictwa, będzie ogłaszać wyniki współzawodnictwa, wskazywać na przodujące zespoły i na przodownice pielęgniarskiej pracy.

Współzawodnictwo pracy w każdej dziedzinie wymaga wytężenia wysiłków, poświęcenia się wykonywanym zadaniom. Współzawodnictwo oznacza zmianę stosunku do pracy, oznacza przejście od postawy posłusznego wykonawcy do postawy świadomego, aktywnego i pełnego inicjatywy współtwórcy. W ustroju, w jakim żyjemy, praca nie jest tylko sposobem zdobywania środków do życia, nie jest niewolniczym spełnianiem narzuconych obowiązków, ale szlachetną czynnością jednostki dla dobra ogółu.

Taki stosunek do pracy **jest** nam, pielęgniarkom, szczególnie bliski, bowiem sam charakter naszego zawodu wymaga takiej właśnie postawy wobec ogółu, wobec człowieka, któremu służymy i który jest dziś najcenniejszym dobrem.

Dr M. FEJGIN
Ordynator Szpitala
M.O N Warszawa

SERCE A CHOROBY ZAKAŹNE

Do chorób, które przede wszystkim atakują serce i, jeżeli nie doprowadzają bezpośrednio do śmierci to pozostawiają trwałe i nieodwracalne zmiany anatomiczne, należą — jak wiadomo — w pierwszym rzędzie: ostry gościec stawowy, nurtujące i wrzodziejące zapalenie wsierdzia („endocarditis lenta" i „ulcerosa") oraz często — kiła. Stanowią one oddzielne i dość obszerne działy kardiologii i dlatego tutaj omawiane nie będą.

Inne **ostre choroby zakaźne,** za wyjątkiem może odry, krztuśca i świnki, również wywoływać **mogą** mniej lub bardziej znaczne **uszkodzenia narządu krążenia,** zazwyczaj przemijające, czasem jednak trwałe. W takich wypadkach zejście sprawy chorobowej i los chorego zależy bezpośrednio od zachowania się serca, wzgl. od stopnia uszkodzenia mięśnia sercowego.

Śmierć pacjenta nastąpić może wskutek osłabienia mięśnia sercowego nawet po ustąpieniu objawów zasadniczej choroby, jak to nieraz się zdarza w przebiegu błonicy np. u dzieci, albo w zapaleniu płuc u starszych osób.

Nic więc dziwnego, że **w chorobach zakaźnych** tak wielkie znaczenie posiada dokładna znajomość wszelkich objawów uszkodzenia serca, że **tyle uwagi poświęca się** dokładnej kontroli jego czynności, że tyle miejsca w leczeniu udziela się **środkom, podtrzymującym krążenie.**

Jakież uszkodzenia narządu krążenia i jakie zmiany jego czynności powstawać mogą w przebiegu chorób zakaźnych?

Anatomiczno-patologiczne zmiany zależeć mogą od bezpośredniego zaatakowania mięśnia sercowego przez czynnik zakaźny, wskutek czego powstają przerzutowe ogniska bakteryjne i ropne, albo też rozlane nacieki zapalne w tkance łącznej między włókienkami mięśniowymi i wzdłuż naczyń krwionośnych serca — tzw. zapalenie śródmiąższowe. Czasami dochodzi nawet do powstawania większych ropni, które spowodować mogą pęknięcie ścianki serca i natychmiastową śmierć.

Takie postacie zapalenia bakteryjnego — ropne lub śródmiąższowe — zdarzyć się mogą w każdej cięższej chorobie zakaźnej, jak róża, płonica, dur plamisty i wszelkiego rodzaju stany posocznicowe. Powodują one oczywiście b. ciężkie uszkodzenia mięśnia sercowego i jego czynności z ostro powstającą niedomogą krążenia, która zazwyczaj wcześnie kończy się śmiercią chorego.

Na szczęście podobnie ciężkie powikłania widujemy nie często w przebiegu chorób zakaźnych. Daleko częściej spotyka się w tych przypadkach **uszkodzenie mięśnia sercowego, wywołane przez działanie jadów bakteryjnych.** Polega ono na różnego stopnia zmianach zwyradniających włókienka mięśnia sercowego — od tzw. zmętnienia miąższowego, które jest całkowicie odwracalne i na ogół nie pozostawia po sobie żadnych poważniejszych śladów — aż do ciężkich zmian, głęboko naruszających strukturę anatomiczną i chemiczną komórki mięśniowej.

Do takich ciężkich zmian należą zwyrodnienie szkliste, a zwłaszcza tłuszczowe, kiedy protoplazma żywej komórki zamienia się w substancję o zupełnie innym składzie chemicznym i o odmiennych właściwościach biologicznych, niezdolną do wykonywania żadnych czynności życiowych normalnej komórki, co nierzadko prowadzi do obumarcia komórki uszkodzonej — w danym wypadku — włókna mięśniowego serca.

Oczywiście, że takie zmiany są nieodwracalne, i dotknięta nimi komórka mięśniowa ginie, a na jej miejsce rozwija się tkanka łączna.

Tak więc zamiast czynnych elementów mięśniowych powstają w sercu skupiska obojętnej, pod względem czynnościowym, tkanki, ulegające

ż czasem zbliznowaceniu. Powoduje to, zależnie od umiejscowienia i rozległości tych ognisk, mniej lub bardziej znaczne i trwałe zaburzenia pracy serca.

Tego rodzaju rozrzucone mikroskopowe zmiany łącznotkankowe i bliznowate w mięśniu sercowym powstają często w następstwie przebytej błonicy.

Jak się przedstawia obraz kliniczny i objawy uszkodzenia krążenia w przebiegu ostrych chorób zakaźnych?

Początek ostrego zapalenia mięśnia sercowego jest zazwyczaj trudny do uchwycenia. Sprawa rozwijać się może albo jeszcze w czasie trwania choroby, albo w okresie zdrowienia, nieraz w kilka tygodni po zakończeniu zasadniczej choroby.

Pacjent zaczyna zdradzać ogólny **niepokój**, skarży się na uczucie opresji, lub wyraźnego **bólu** w okolicy serca.

Tętno ulega najczęściej przyśpieszeniu, chociaż czasami stwierdza się zwolnienie tętna — bradykardię. Nierzadko występują zaburzenia rytmu — skurcze dodatkowe, lub inne postacie niemiarowości. Tętno staje się miękkie, łatwo uciskalne, o niskiej fali — jakby ucieka spod badającego palca. **Ciśnienie tętnicze** obniża się znacznie, żyły są zapadnięte, **uderzenie koniuszkowe** serca zazwyczaj słabo wyczuwalne — jest rozlane i przesunięte w lewo.

Opukowo stwierdzić się daje rozszerzenie serca w wymiarze poprzecznym, a przy osłuchiwaniu I ton na koniuszku wyraźnie słabnie, staje się nieczysty, czasami rozdwojony (rytm cwałowy), nieraz zjawia się tutaj skurczowy szmer.

Twarz i powłoki skórne chorego są blade, wargi nabierają sinawego odcienia.

Wszystkie te objawy zależne są częściowo od zmniejszenia siły skurczowej zmienionego chorobowo mięśnia sercowego, wskutek czego ilość krwi, wysyłana na obwód przy każdym skurczu komory zmniejsza się wyraźnie — powstaje tak zwana niedomoga centralna skurczowa (s y s t o l i c z n a). Z drugiej zaś strony jady bakteryjne działają porażająco na naczynie krwionośne obwodowe, a właściwie na ośrodki nerwowe naczynioruchowe, regulujące światło łożyska naczyniowego. Następuje rozszerzenie tego łożyska, szczególnie drobnych tętniczek w jamie brzusznej, których pojemność, jak wiadomo, jest bardzo znaczna, o wiele większa, aniżeli ilość krwi, którą ustrój dysponuje.

Znaczna masa krwi zalega więc w rozszerzonych naczyniach trzewnych i, jakby wyłączona z krążenia czynnego zmniejsza ilość krwi krążącej, którą serce przesyłać może do obwodu i która spełniać może swoją zasadniczą rolę — zaopatrywania ustroju w tlen.

Tak więc obok i niezależnie od wspomnianej już niedomogi centralnej — systolicznej powstaje **niedomoga naczynioruchowa obwodowa**, nosząca także nazwę d i a s t o l i c z n e j.

Wywołuje to stan znacznego **niedokrwienia i głodu tlenowego** najważniejszych narządów ustroju, a przede wszystkim życiowych ośrodków mózgowia (jak ośrodek oddechowy i inne), co z kolei prowadzi do ciężkich, nieraz śmiertelnych zapaści naczyniowo-sercowych.

W niektórych przypadkach, szczególniej u ludzi starszych z miażdżycą tętnic, lub u chorych, obarczonych uprzednio już jakąś wadą organiczną serca wrodzoną lub nabytą (np. gośćcową) w następstwie dodatkowego uszkodzenia krążenia — rozwija się typowy obraz zwykłej **niedomogi zastoinowej** z sinicą, obrzękami, dusznością, powiększeniem wątroby i rzężeniami w płucach.

Chorzy tacy skarżą się na brak tchu w leżącej pozycji, bóle w prawym podżebrzu (obrzmienie wątroby), bezsenność, męczący kaszel; mocz staje się stężony, zawiera białko, krwinki czerwone, nieraz wałeczki.

Otóż zespół pierwszy — niedomogi centralno-obwodowej z zapaścią naczyniową widujemy częściej w przebiegu takich spraw, jak błonica, płonica, dur plamisty, lub brzuszny, zespół niedomogi zastoinowej natomiast występuje nieraz w zapaleniu płuc u osób starszych.

Rokowanie w tych stanach jest trudne, gdyż objawy kliniczne nie zawsze stanowią ścisły wykładnik zmian, jakie zachodzą w sercu. Poza charakterem i rozległością zmian bardzo ważną rolę odgrywa bowiem ich **umiejscowienie**. Stosunkowo niewielkie zmiany, ale umiejscowione w okolicy jakiegoś ważnego ośrodka automatyzmu sercowego mogą spowodować nagłe porażenie jego czynności i śmierć, podczas gdy daleko rozleglejsze i pozornie cięższe zmiany, lecz oddalone nieco od ośrodków automatyzmu cofają się i wyrównują po pewnym czasie.

Dlatego też należy zachowywać daleko idącą ostrożność w postępowaniu z takimi chorymi, u których stwierdzono objawy schorzenia serca

w przebiegu jakiejś choroby zakaźnej i jeszcze długi czas po ustąpieniu sprawy nie pozwalać im wstawać z łóżka ani wykonywać jakichś znaczniejszych wysiłków. Jak już wspomniano wyżej, zdarzały się wypadki nagłej śmierci w kilka tygodni po przebytej błonicy np., kiedy zdawało się, że już wszystkie objawy choroby ustąpiły.

Energiczne zwalczanie choroby zakaźnej od samego początku może zapobiec powstaniu powikłań ze strony serca.

Przez stosowanie nowoczesnych środków leczniczych, jak penicylina, streptomycyna, sulfamidy, wreszcie salicyl (w gośćcu), surowica przeciwbłonicza itd. w dostatecznej ilości i dość wcześnie udaje się często zapobiec powikłaniom.

Jeżeli jednak stwierdzone zostały w przebiegu choroby zakaźnej objawy, wzgl. zaistniało podejrzenie na ostre schorzenie serca, należy przede wszystkim zabezpieczyć choremu warunki zupełnego spokoju fizycznego i psychicznego, nie tylko w czasie trwania, ale i jakiś czas po przebyciu choroby.

A więc przede wszystkim bezwzględne przetrzymanie pacjenta w łóżku. Przyjmowanie posiłków, oddawanie stolca i moczu odbywać się musi z pominięciem wszelkich aktywnych ruchów chorego (karmienie pacjenta w leżącej pozycji, posługiwanie się basenem).

Stosowanie leków zależy od stanu chorego oraz stopnia i rodzaju zaburzeń czynności narządu krążenia. A więc z leków nasercowych — grupa naparstnicy (naparstnica, strofantyna, uabaina) stosowana być musi w dostatecznej dawce w przypadkach, w których występują objawy niedomogi krążenia — obrzęki, duszność, sinica, powiększenie wątroby, rzężenia w płucach.

W innych przypadkach, w których dominują objawy ogólne, wzgl. objawy niedomogi obwodowej (porażenia ośrodków naczynioruchowych), naparstnica ma daleko mniejsze zastosowanie, a nawet szereg autorów jest przeciwny jej stosowaniu. Wydaje się jednak, że niewielkie jej dawki mają korzystne działanie na czynność mięśnia sercowego, i niektórzy klinicyści uważają za słuszne, nie czekając na załamanie się krążenia, podawać ją we wczesnych okresach choroby, szczególnie jeżeli chodzi o ciężkie zakażenia, lub o ludzi starszych ze zmianami np. miażdżycowymi.

Szerokie i powszechnie uznane zastosowanie w tych razach mają natomiast środki, działające pobudzająco i na mięsień sercowy i na naczynia obwodowe i na ośrodki naczynioruchowe, a więc kofeina, kamfora i pokrewne jej w działaniu syntetyczne przetwory (koramina, kardiazol), dalej strychnina, adrenalina i pokrewne jej ephetonina, ephedryna, a także sympatol.

Bardzo korzystne działanie posiada w tych przypadkach alkohol w postaci wina, czy koniaku, wyciągi z kory nadnerczy w zastrzykach domięśniowych, glukoza z witaminą B i C — dożylnie, wreszcie tlen, doprowadzany do dróg oddechowych (przez maskę gazową, czy zwykły wentyl, w postaci namiotu tlenowego itd.), a nawet podawany podskórnie.

Nie należy zapominać również i o pewnych łagodnych zabiegach fizykalnych, jak pęcherz z lodem na serce, lub ciepłe termofory na kończyny w razie zapaści.

Uzupełnienie leczenia stanowi pożywna i lekka dieta.

Bardzo ważne jest odpowiednie postępowanie w okresie zdrowienia pacjenta. Jak wspomniano już i w tym okresie bowiem grozić mu mogą różnego rodzaju niespodzianki i niebezpieczeństwa— aż do nagłej śmierci włącznie.

Konieczny więc jest dłuższy okres spokoju, bardzo ostrożne i staranne stopniowanie wysiłków przy pierwszych ruchach pacjenta, systematyczna, częsta kontrola zachowania się narządu krążenia (powtarzana kontrola tętna, ciśnienia, objawów osłuchowych na sercu, rentgenoskopia, a zwłaszcza elektrokardiografia, która wykryć pozwala zmiany w sercu, nieuchwytne nieraz dla innych metod badania).

Tacy chorzy, po przebyciu ostrego zapalenia mięśnia sercowego, wykazują w ciągu długiego czasu — tygodni i miesięcy, a nieraz lat całych — wybitną chwiejność i wyraźne zmniejszenie sprawności narządu krążenia.

O tym nie należy zapominać.

M. Fejgin

CZESŁAWA ŁYSZCZARZ
Instruktorka Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej
przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku

PIELĘGNACJA W NIEWYDOLNOŚCI KRĄŻENIA

W CIERPIENIU tym trzeba zawsze pamiętać, że pielęgnacja ma na celu przede wszystkim oszczędzanie chorego serca. Trzeba więc choremu zapewnić bezwzględny **spokój fizyczny i psychiczny.**

Dla zapewnienia choremu spokoju psychicznego, musimy usuwać od niego wszelkie powody zdenerwowania i wzruszeń: nawet w rozmowie z chorym i w podanej mu do czytania książce nie powinno być momentów wzruszających, czy podniecających.

Chory musi leżeć w łóżku, w pozycji dla niego najbardziej dogodnej, półsiedzącej lub siedzącej: ręce podparte, wałek pod kolanami, gumowe kółko pod pośladkami, głowa i ramiona oparte na poduszkach.

WYGODNE UŁOŻENIE

Nogi chorego muszą być stale utrzymane w cieple, ułatwia to bowiem krążenie krwi. Gdy chory ma duże obrzęki na nogach, a tkanki nacieczone są wielką ilością płynu, często się zdarza pęknięcie naskórka. Ażeby uniknąć tych niezmiernie trudnych do gojenia pęknięć, unosimy nogi nieco wyżej i opieramy na poduszce lub wałku. Płyn będzie się teraz gromadził w okolicy krzyżowej, trzeba pamiętać, że nie zawsze można na to pozwolić, gdyż płyn nagromadzony w jamie brzusznej powoduje uniesienie przepony, a tym samym bardzo dla chorego męczącą duszność.

W okresie wielkiej duszności musimy umożliwić choremu pozycję siedzącą — ze spuszczonymi nogami, nie bacząc na powiększanie się obrzęków na kończynach dolnych i na pękanie naskórka. Wówczas jednak podkładamy pod stopy chorego mały stołeczek, a skórę, jeśli jest nienaruszona, smarujemy tłuszczem, co skutecznie chroni naskórek przed pękaniem. Rany na nogach opatrujemy aseptycznie, albo przy użyciu przysypek (Marfanil, dermatol itp.).

Gdy chory chce zmienić pozycję, nie powinien wkładać w to żadnego wysiłku, podczas gdy pielęgniarki go unoszą powinien pozostać zupełnie biernym.

U mężczyzn z daleko posuniętą niewydolnością krążenia szybko powstają obrzęki worka mosznowego, trzeba więc pamiętać o podłożeniu poduszeczki lub podwiązaniu suspensorium.

DBAMY O CZYSTOŚĆ

Czystość ciała chorego wymaga skrupulatnej troski: 2 razy dziennie należy wykonywać dokładną toaletę, uwzględniając, zwłaszcza u tęgich kobiet, duże fałdy tłuszczu na brzuchu, pod piersiami i w pachwinach; te miejsca należy zmywać spirytusem i przysypywać talkiem, jeśli zaś chory przybył do szpitala już z powstałymi tam ranami, to wskazane jest smarowanie 33% roztworem ichtyolu przez kilka dni. Daje to doskonałe wyniki.

Oczyszczając jamę ustną, trzeba zwrócić uwagę na błonę śluzową, czy nie jest za bardzo wysuszona, gdyż chorzy, mając ograniczoną ilość płynów, często skarżą się na suchość w ustach; pobudzamy ślinianki do pracy przez podanie choremu suchych owoców lub amerykańskiej gumy do żucia.

DIETY LECZNICZE

Dieta odgrywa w schorzeniach narządu krążenia bardzo ważną rolę: często nawet leczenie dietetyczne jest zasadniczym wskazaniem leczniczym.

Stosuje się dietę lekkostrawną. Posiłki podaje się choremu często, ale w małych ilościach (większe ilości powodują ucisk na przeponę, a pośrednio na serce). Ilość płynów ogranicza się do 3—4 szklanek na dobę. Spośród potraw unikać ciężkostrawnych, smażonych i zawierających dużo błonnika. Zaleca się: młode jarzyny, kasze, czerstwe białe pieczywo, niesolone masło, oliwę. Pamiętać należy o podawaniu minimalnych ilości soli. Choremu można podawać białe mięso, gotowane lub pieczone w papierze pergaminowym oraz wszystkie owoce, ale trzeba wtedy zwrócić specjalną uwagę na całkowitą ilość podawanych

płynów, gdyż jabłka np. zawierają 80%, gruszki zaś i winogrona 90% wody.

Gdy stan chorego wymaga ściślejszej diety, lekarz przepisuje tzw. dietę Karella: polega ona na podawaniu 1 l. mleka w ciągu dnia w 5 porcjach. Jeżeli chory znosi dietę Karella dobrze, to stosuje się ją przez 3 dni. Jest to dla ogółu chorych dieta przykra, serce jednak bardzo odpoczywa, a mocz wydziela się w większych ilościach.

Po zakończeniu diety Karella, przepisuje się dietę lekkostrawną, najczęściej 2-gą dietę ziemniaczaną (Rosenfelda): 1—1½ kg ziemniaków gotuje się w łupinach i podaje się choremu w kilku porcjach w ciągu dnia bez soli, lecz z małą ilością niesolonego masła. Taka dieta trwa tez zazwyczaj 3 dni.

Trzecia dieta — to owocowa: podaje się choremu 3—4 szklanek soku owocowego lub jarzynowego, albo surowe, tarte jabłka w ilościach od 1 do 1½ kg.

Przy stosowaniu wszystkich tych rodzajów diet chory musi mieć bezwzględny spokój: niewolno mu wstawać, a nawet pokarm trzeba mu podawać do ust.

OBSERWACJA CHOREGO

Pielęgnując chorego z niewydolnością krążenia, pielęgniarka musi bardzo dokładnie obserwować tętno i oddech, zwłaszcza wtedy, gdy chory — jako lek — otrzymuje naparstnicę. Naparstnica bowiem bardzo zmienia rytm tętna.

2—3 razy w tygodniu trzeba chorego jak najdokładniej ważyć; ma to szczególne znaczenie przed podaniem środka moczopędnego i w 24 godziny po podaniu. Z różnicy wagi i ilości oddanego moczu łatwo się lekarzowi zorientować, ile chory utracił płynu, zalegającego w postaci obrzęków. Dla każdego chorego trzeba zaprowadzić oddzielną kartę, by na niej zapisywać ilości wypitych przez chorego płynów i dokładną ilość moczu: wielkości te wykreśla się później na karcie gorączkowej kolorowymi słupkami. Pielęgniarka powinna również zwracać baczną uwagę na wymioty i rozwolnienia.

Pielęgniarka musi dbać o regularne wypróżnienia chorego, przez doprowadzenie do stolców wolnych. Stolce takie odwadniają ustrój, a tym samym zmniejszają obrzęki. Z leków rozwalniających podaje się olej parafinowy lub inne, unikając jednakże soli gorzkiej. Często wystarczają środki domowe, jak kompot z rabarbaru, suszonych śliwek, albo szklanka wody destylowanej, podana na czczo.

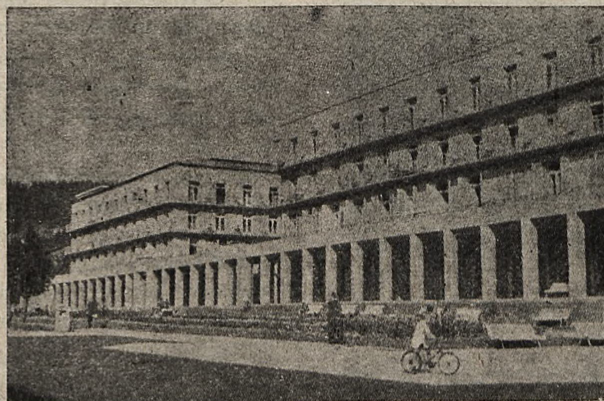
*

Jak z powyższego wynika, pielęgnacja chorych na serce jest uciążliwa, powodzenie jej zaś zależy w dużym stopniu od należytego przygotowania pielęgniarki, jej sumienności i cierpliwości.

Często się zdarza, że chory opuszcza szpital zaledwie podleczony, w stanie, który koniecznie wymaga dalszej opieki pielęgniarskiej. Tu otwiera się pole do pracy dla pielęgniarki społecznej.

Dla nas, instruktorek Szkół, a zarazem pielęgniarek klinicznych, byłoby ciekawe poznać obserwacje i doświadczenia innych Koleżanek, które, mam nadzieję, zechcą zabrać w tej sprawie głos w następnych numerach naszego pisma.

CZESŁAWA ŁYSZCZARZ



KRYNICA Nowy Dom Zdrojowy

Dr JULIUSZ DOBRZYŃSKI
Dyr. Działu Lecznictwa
Państw. Uzdr. Polskich.

O UZDROWISKOWYM LECZENIU CHORÓB SERCA

CHOROBY narządu krążenia rozwijają się najczęściej powoli i niespostrzeżenie w przebiegu wielu chorób zakaźnych i gorączkowych. Wśród nich pierwsze miejsce jako przyczyna poważnych uszkodzeń mięśnia sercowego, zajmuje tzw. choroba reumatyczna, czyli ostre zapalenie stawów. zwłaszcza u osobników młodych. do 40 roku życia. Alkohol, nikotyna, nadmierna praca w złych warunkach higienicznych, sport nierozważnie uprawiany, zaburzenia przemiany materii i gruczołów dokrewnych, oto dalsze przyczyny. Do tego należy dodać wstrząsy i urazy psychiczne, które jak wynika z doświadczeń ostatniej wojny, przyczyniły się bardzo wydatnie do wzrostu statystyki chorób układu krążenia.

Zaburzenia układu krążenia pojawiają się zatem przeważnie jako powikłania lub następstwa innych chorób, czyli jako choroby wtórne.

Zwalczając więc choroby gośćcowe, zakaźne, zawodowe, weneryczne, alkoholizm i złe warunki społeczne z ich psychicznymi następstwami, zapobiegamy tej pladze, która w poważnym odsetku prowadzi do upośledzenia zdolności do pracy lub inwalidztwa. A choroby serca są częste. Prof. W. Orłowski podaje, że na przestrzeni kilkunastu lat chorzy na organiczne wady serca stanowili 5,2% ogólnej liczby pacjentów kliniki chorób wewnętrznych U. W.

W r. 1935 i 1936 w dużych miastach zmarło około 20% ludności na choroby serca i naczyń.

Wojna i okupacja z jej brutalnymi urazami psychofizycznymi odbiła się ujemnie na układzie sercowo-naczyniowym dużych zbiorowości ludzkich. Nie mamy wprawdzie bliższych danych statystycznych, ale wzrost



KUDOWA Dom Zdrojowy

tych schorzeń nie ulega wątpliwości. W praktyce codziennej spotyka się np. znacznie więcej przypadków zawału serca aniżeli przed wojną.

Wg komunikatu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego z r. 1947: „choroby serca są największym mordercą ludzkości. Powodują one największą liczbę zgonów w wieku starszym. W wieku szkolnym w następstwie zakażenia gośćcowego choroby te pochłaniają cztery razy większą liczbę dzieci, niż porażenie dziecięce, błonica, płonica i zapalenie opon mózgowych razem wzięte. W r. 1936 zmarło 38,5% lekarzy amerykańskich na choroby serca, a tylko 8% na raka‘.

Jeżeli chcemy jak najdłużej zachować sprawność produkcyjną pracowników z sercem osłabionym lub chorym, musimy przede wszystkim zatrudnić ich przejściowo lub stale w takim warsztacie pracy, gdzie nie byliby narażeni na nadmierne wysiłki fizyczne



POLANICA Pijalnia

i zdenerwowanie. Następnie należałoby ich poddawać okresowemu leczeniu wypoczynkowo-zdrojowemu.

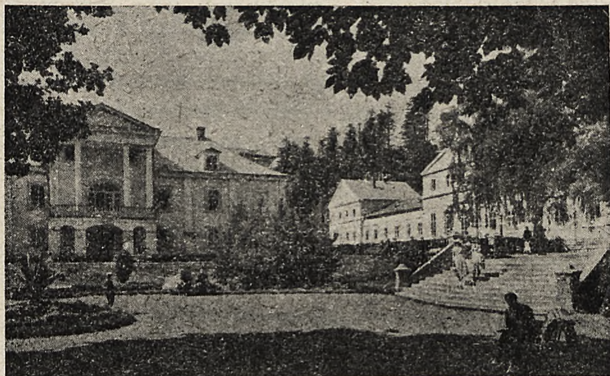
Zależnie od rodzaju zagrożenia, kładziemy większy nacisk na stronę wypoczynkową lub bodźcową naszego postępowania.

WPŁYW CZYNNIKÓW KLIMATYCZNYCH

Uzdrowiskowe leczenie chorób serca polega na stosowaniu bodźców klimatycznych i kąpielowych.

Do leczenia klimatycznego zaliczamy: promieniowanie słoneczne, ciepłotę, wilgotność, ruch i ciśnienie barometryczne powietrza. Czynniki te działają bezpośrednio na skórę. Pod wpływem ciepła i promieni słonecznych rozszerzają się drobne naczynia skórno-mięśniowe, co zmniejsza opory obwodowe, obniża ciśnienie skurczowe krwi, a tym samym **ułatwia pracę serca**. Wilgotność i ruch powietrza działają zależnie od ciepłoty zwężająco lub rozszerzająco na naczynia skórne, tworząc warunki ułatwiające lub utrudniające krążenie. Przez odpowiednie dawkowanie możemy wykorzystać hartujące działanie tych czynników (gimnastyka naczyń skórnych) w górach i nad morzem.

Ciśnienie barometryczne wywiera już na wysokości 500—600 m n. p. m. wpływ na czynności oddechowe. Drobne naczynia rozszerzają się, ciśnienie spada, opory obwodowe zmniejszają się, co stwarza korzystne warunki dla akcji serca, o ile nie jest ono zmuszone do nasilonej pracy dla pokrycia niedoboru tlenu w zbyt rozrzedzonym powietrzu.



IWONICZ-ZDRÓJ Stary Pałac Łazienki

LECZENIE KĄPIELAMI

Wpływ kąpieli na ustrój zależy od 3 czynników: od ciepłoty, ciśnienia hydrostatycznego i chemizmu jej składników, gazowych i mineralnych.

Zimna kąpiel (ok. 32° C) powoduje zwężenie naczyń skórnych, wzrost oporów obwodowych, podniesienie ciśnienia tętniczego, a w sumie zwiększenie pracy serca. Dlatego też kąpiele rzeczne, a zwłaszcza tak często nadużywane morskie mogą prowadzić do ciężkich zaburzeń u osób z nadwątlonym lub niedostatecznie opornym sercem.

Kąpiel gorąca (38—40° C) jest również szkodliwa dla chorego serca, ponieważ powoduje znaczne rozszerzenie naczyń obwodowych ze zmniejszeniem oporu krążeniowego i **spadkiem ciśnienia**. Następstwem tego jest zwiększenie pracy serca, z przyspieszeniem tętna i zwiększeniem ilości krwi krążącej, dla utrzymania ciśnienia na odpowiednim poziomie.

Natomiast kąpiele o ciepłocie obojętnej (ok. 35° C) nie stanowią obciążenia dla układu krążenia z punktu widzenia ich działania termicznego. Ważne jest jednakże ciśnienie hydrostatyczne wody, które działa przede wszystkim na naczynia żylne i limfatyczne. W półkąpieli osiągamy dzięki temu lepszy odpływ krwi żylnej do serca, podczas gdy w kąpieli pełnej — ucisk wody na klatkę piersiową i utrudnienie oddychania stanowią obciążenie, któremu chore serce nie może podołać.

Obliczono, że ucisk wody na całą powierzchnię ciała człowieka stojącego w pełnej kąpieli wynosi 1125 kg. U leżącego zmniejsza się z tego powodu obwód klatki piersiowej w wodzie o 1—3,5 cm, a obwód jamy brzusznej o 3,5—6,5 cm, co należy uwzględnić, zwłaszcza u chorych na serce.

Z tego wynikają dwie zasady:

1. Chorzy ze znaczniejszą niewydolnością serca **nie nadają się** w ogóle do leczenia kąpielowego.
2. Zabiegi kąpielowe u chorych z lekką niewydolnością należy rozpoczynać od **półkąpieli,** a nie od kąpieli pełnych.

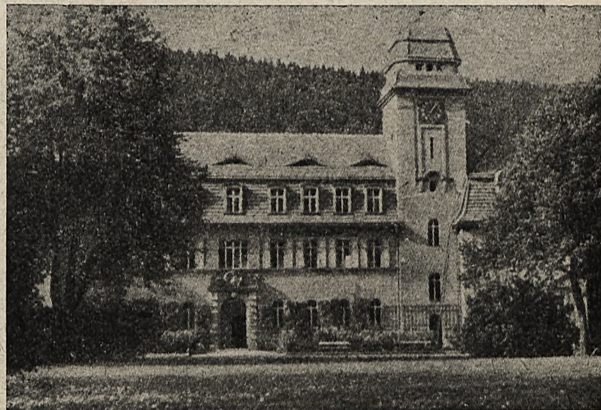
KĄPIELE KWASOWĘGLOWE.

Działanie chemiczne kąpieli kwasowęglowej, najczęściej u nas stosowanej w leczeniu chorób serca polega na przechodzeniu przez skórę rozpuszczonego w kąpieli kwasu węglowego. Granica ciepłoty obojętnej jest tu niższa aniżeli w zwykłej wodzie i wynosi 33—34°C. Mimo to występuje zaczerwienienie skóry jako objaw rozszerzenia naczyń włoskowatych oraz drobnych naczyń śródskórnych ze spadkiem tętna. i ciśnienia.

Pojemność skurczowa serca wzrasta, oddech staje się głębszy i spokojniejszy. Zachowanie się tętna jest dobrym wskaźnikiem, czy chory znosi dobrze kąpiele kwasowęglowe. Niezwolniony, względnie przyśpieszony puls wskazuje na przeciążenie serca. Stosuje się wtedy **częściowe** kąpiele kwasowęglowe polegające na tym, że najpierw zanurza się ręce, potem ręce i nogi na 6 — 15 minut, stopniowo przedłużając czas i podnosząc lub obniżając ciepłotę.

Prócz kąpieli kwasowęglowych skuteczne są w chorobach narządu krążenia **solanki zwykłe i jodobromowe, wody siarkowodorowe, cieplice, wody radoczne, i kąpiele z suchego bezwodnika kwasowęglowego.**

Należy podkreślić, że leczenie zdrojowiskowe tych schorzeń wymaga czujnej opieki lekarskiej, dobrej obserwacji odczynów, dietetycznego odżywiania i uregulowanego trybu życia, słowem — leczenia zakładowego, którego przed wojną uzdrowiska nasze prawie nie znały.



DUSZNIKI Sanatorium

Obecnie leczenie zdrojowe wyposażone w odpowiedni sprzęt diagnostyczny, mamy: w Ciechocinku, Iwoniczu, Cieplicach, Krynicy, Kudowie, Lądku, Polanicy i Świeradowie. Mniejsze, jak Czerniawa Duszniki, Długopole, Jastrzębie, Jedlina, Żegiestów i inne nadają się również do leczenia pewnych postaci tych chorób.

*

SANATORIA SPECJALISTYCZNE dla chorób układu krążenia są czynne w r. 1949: w Krynicy (50 łóżek), Kudowa (80), Polanica (300). W sanatoriach ogólnych w Ciechocinku, Dusznikach, Iwoniczu i Żegiestowie, mamy również możliwości leczenia tych chorych ponadto ambulatoryjnie: w Jastrzębiu, Przerzeczynie i Trzebnicy.

WSKAZANIA DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO

Obniżone sprawność serca u dzieci i młodocianych na tle zaburzeń rozwojowych.

Wady zastawkowe dobrze wyrównane lub na granicy niewydolności.

Rozmaite postaci przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Zmiany na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych.

Zaburzenia z przewagą zmian naczyniowych, jak: obniżenie ciśnienia tętniczego, nadciśnenie, procesy miażdżycowe i kiłowe naczyń, nerwice naczynioruchowe i in.

PRZECIWWSKAZANIA.

Wady zastawkowe, o ile proces wsierdziowy jest czynny, lub przejawia skłonności do nawrotów.

Niewydolność mięśnia sercowego, znaczniejszego stopnia.

Ostro przebiegające zmiany w mięśniu sercowym, jak zapalenie, zawał itp.

Nadciśnienie złośliwe, względnie długotrwałe z niewydolnością serca, niedomogą naczyń wieńcowych, skłonnością do wybroczyn itp.

Cięższe przypadki dusznicy bolesnej i dychawicy sercowej.

*

Przyszłość balneoterapii społecznej opiera się na jak najszerszej rozbudowie uzdrowiskowej sieci sanatoryjnej, ważnego uzupełnienia sieci szpitalnej. Różnica polega na tym, że w sanatoriach zdrojowych leczą się określone grupy przewlekłe chorych, wymagających stosowania środków hydroklimatycznych danego zdroju, szpitale zaś z chorób przewlekłych przyjmowałyby tylko te, które nie nadają się do leczenia zdrojowego. a pacjentów, którzy ostre stadium choroby przebyli w szpitalu, przesuwałyby automatycznie do lecznic uzdrowiskowych.

Właśnie na przykładzie sercowo chorych, leczonych nieraz w szpitalach sztucznymi kąpielami kwasowęglowymi widzimy jak zbawienne byłoby udostępnienie im bogactw leczniczych naszych zdrojów, z ich kojącym klimatem psychicznym, którego brak odczuwa się tak często w najlepiej nawet urządzonych szpitalach publicznych.

A trzeba pamiętać, że leczenie wypoczynkowo—zdrojowe działa w stopniu wyższym, aniżeli każde inne, kojąco i łagodząco na mocno — w chorobach sercowych — zakłóconą równowagę duchową, której przywrócenie jest jednym z **głównych warunków poprawy**.

Juliusz Dobrzyński

ZOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA
Przew. Sekcji Piel. Oddz. W-ski go
ZZPSZ

Rola pielęgniarki w przemyśle[4)]

Przy każdym zakładzie pracy winna znajdować się **pralnia**. Pierze się tam ubranie robocze, ręczniki, ścierki itd.

Na pralnię należy wybierać pomieszczenie suche, odpowiednio oświetlone i wentylowane. Podłoga musi być pokryta drewnianą kratą i zaopatrzona w ściek.

Suszarnia, magiel oraz prasowalnia powinny znajdować się w pobliżu pralni.

Kuchnia powinna zajmować pomieszczenie obszerne, jasne, dobrze wentylowane, ściany — do połowy wyłożone kaflami lub malowane olejno, podłoga łatwa do zmywania, stoły — obite cynkową blachą.

Umeblowanie jasne lub olejno malowane, naczynia aluminiowe lub kamienne oraz kotły — wszystko to utrzymane w jak największej czystości, często myte i szorowane. Naczynia należy myć pod bieżącą wodą gorącą, suszyć — w suszarkach; łyżki — gotować przez 10 minut.

Przy kuchni musi być umywalnia z wodą ciepłą i zimną, zaopatrzona w ręczniki, mydło i szczotki do rąk. W specjalnym pomieszczeniu na obieranie i płukanie jarzyn muszą stać zakrywane wiadra, które służą na odpadki.

Należy bezwzględnie przestrzegać, ażeby w lecie okna zaopatrzono w siatki przeciw owadom.

W pobliżu kuchni znajduje się zwykle magazyn żywnościowy. Musi on być dobrze oświetlo-

ny, wentylowany i wyposażony w lodownię (lodówki), półki, skrzynie i kratki pod worki. Magazyn należy utrzymywać w czystości.

Jadalnia, w pobliżu kuchni, powinna być obszerna, dostosowana do przybliżonej liczby pracowników. Musi być widna, czysta, dobrze ogrzana i wentylowana.

Stoły i stołki powinny być wykonane z myślą o wygodzie siedzącego, a jednocześnie łatwe do zmywania. W jadalni muszą być popielniczki, kosze na śmieci i spluwaczki.

Wskazane jest instalowanie w pobliżu jadalni umywalni z bieżącą wodą zimną i gorącą, ręcznikiem, mydłem i szczotkami do rąk.

Podwórze fabryczne powinno być tak utrzymane, aby w ciepłe i upalne dni mogło się stać miejscem wypoczynku w czasie przerwy w pracy.

Wskazane jest tam, gdzie to jest możliwe, założenie kwietników, obok których należy ustawić ławki, kosze na śmieci i spluwaczki.

Podwórze musi być utrzymane estetycznie i czysto. W dni suche, przed zamiataniem, należy polewać je wodą.

*

W celu łatwiejszego utrzymania czystości w zakładzie pracy, należy także pamiętać o rozstawieniu odpowiedniej ilości skrzynek na odpadki. Zawartość tych skrzynek winno się palić lub wrzucać do szczelnie zamkniętego, murowanego śmietnika, umieszczonego na możliwie oddalonym miejscu od zakładu pracy. Skrzynki należy opróżniać codziennie.

Dalej, zarówno w celu utrzymania czystości, jak i ze zrozumiałych względów sanitarnych, winno się pamiętać o umieszczaniu w salach — bądź na korytarzach — spluwaczek z płynem dezynfekcyjnym (0,5% lizol). Wskazane są spluwaczki stojące (na wysokich nóżkach) lub przymocowane do ściany, mechanicznie spłukiwane.

*

Oto więc pobieżnie ujęty obraz we właściwy sposób higienicznie utrzymanego i wyposażonego zakładu pracy.

Czyste, estetyczne, racjonalnie urządzone pod względem sanitarnym wnętrze fabryki — powinno być ambicją i dążeniem zawodowym każdej pielęgniarki przemysłowej ,podobnie jak ambicją pielęgniarki szpitalnej czy społecznej jest wygląd jej oddziału, szpitala lub poradni.

HIGIENA ZAWODOWA

Z kolei przejdziemy do drugiego działu pracy pielęgniarki przemysłowej, do higieny zawodowej; jest ona częścią nauki o higienie pracy, która ma za zadanie badanie bezpośredniego wpływu szkodliwych czynników związanych z pracą człowieka. Poznanie źródeł zła pozwala usunąć je przez stworzenie człowiekowi pracy, zarówno w jego warsztacie, jak i w domu, odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych oraz przez zastosowanie metod leczniczo - profilaktycznych chronić go przed chorobą zawodową.

Co to jest choroba zawodowa? Jest to choroba wywołana przez pracę w warunkach dla zdrowia szkodliwych. Medycyna przemysłowa bada przyczyny wszystkich czynników w przemyśle, które mogą lub już wywierają wpływ szkodliwy na organizm człowieka, przeprowadza badania i stara się zapobiegać chorobie.

Znamy w medycynie przemysłowej choroby zawodowe: oczu, uszu, jamy ustnej, skóry, dróg oddechowych, narządu krążenia, trawienia, systemu nerwowego itd.

Choroby zawodowe dzielą się na dwie grupy: do pierwszej należą choroby wywołane przez czynniki związane z określonym rodzajem pracy jak np. pylica, która występuje u ludzi zatrudnionych w kamieniołomach, w górnictwie, przy rozbiórkach budowlanych przez ciągłe wdychanie pyłu krzemowego w czasie pracy.

Do drugiej grupy zaliczamy choroby zawodowe, które powstają nie tylko przy pracy w określonym zawodzie, ale i w innych warunkach, np. gruźlica u pracowników zatrudnionych w szpitalach gruźliczych jest chorobą zawodową, ale występuje ona również u osób nic nie mających wspólnego z danym rodzajem pracy.

(d.c.n.)

MARIA

(Opowiadanie)

PRZYKRO patrzyć gdy płacze mężczyzna, lecz widok łez na ogorzałej, pooranej zmarszczkami, twarzy starego żołnierza jest wprost nie do zniesienia. Kiedy szare, bystre i uparte oczy starszego szeregowca Mikołaja Zawichosta nagle zwilgotniały, wszyscy zamilkli i zapanowała taka cisza, że słychać było jego ciężki chrapliwy oddech. Zawichost zmagał się ze wzruszeniem.

„Dobrze, opowiem wam to co wiem o niej — powiedział w końcu niewyraźnie, jak gdyby przełykając coś, co mu utkwiło w gardle. — A gdybym coś pominął — oni dodadzą — i wskazał na kozaków z tego samego pułku, którzy ukryli się przed ostrym, lodowatym, wiatrem na dnie zamarzniętego okopu.

Nazywaliśmy ją Marią choć rozumie się miała również nazwisko — Szewczyk. Posiadała też rangę — Starszej Sanitariuszki. Ale my nazywaliśmy ją tylko — Marią. Ani Masza, ani Marusia, ani jakaś tam Musia, ale Maria i Maria. A była dla nas tak czuła, troskliwa, wyrozumiała jak rodzona siostra. Podchodziła do wszystkich z otwartym sercem i dla każdego miała jakieś dobre słowo. Ech, serdeczni bywają ludzie. Po długim marszu albo bitwie nie tacy jak ona z nóg się walili i zasypiali gdzie popadnie. A ona zawsze na nogach. Od ogniska do ogniska od namiotu do namiotu chodzi i z każdym żołnierzem serdecznie gawędzi. A interesuje ją wszystko, wszystko obchodzi i o wszystkich nasza Maria pamięta. Najgorzej bywało jesienią: napcha się narodu do ziemianki. Wilgoć, duszno, z góry woda kapie, chlupie pod nogami, spływa po ścianach. Płaszcz na człowieku mokry, zesztywniały. Chłód przenika do szpiku kości. Ale kiedy ona wejdzie, to jakby słonko wyjrzało zza chmury. Wszystkim robi się od razu cieplej i jaśniej na duszy.

Wiele widziałem sióstr miłosierdzia, na tej i na tamtej wojnie, ale drugiej takiej Marii nie spotkałem.

Niech wszyscy potwierdzą, że nie zmyślam. Ziemia się wokoło pali, a ona robi swoje. Rannego znajdzie, — opatrzy i z ognia wyniesie. Przeszło stu ludzi i mnie w tej liczbie uratowała, prosto spod kosy śmierci wydarła. Z tamtego świata zawróciła.

Szliśmy do ataku. Na Kercz do samego miasta. Poszło nieźle. Artyleria nasza ogłuszyła Niemca. Cofnął się potem i jak nie plunie w nas ogniem! Piekło się rozwarło. Tutaj właśnie drasnęło mnie odłamkiem, od razu w obydwie nogi. Leżę jak kłoda, a krew z ran leje się jak z wiadra. Czuję, że słabnę. W oczach mi się ćmi. Myślę: oho, nadeszła moja ostatnia godzina. A wokoło wszystko szaleje. Któż do takiego piekła po mnie przyjdzie?

Już nawet krzyczeć przestałem. Wszystko jedno, nikt i tak nie usłyszy. I nagle słyszę, ktoś pyta:

„Żywy?“

Poznaję — Maria.. „Kubanka“ zsunięta na tył głowy, włosy rozwiane:

„Gdzie jesteś ranny?“ I ręce jej szybko, po mnie z bandażem pobiegły, ostrożne, łagodne, miękkie, jak kocięta.

„Pocierp chwilę — mówi — pocierp, mój drogi, zaraz będzie lżej... Głowy nie unoś — mówi — bo ci ją urwie“.

„A Ty — pytam — zaklęta jesteś? Ciebie odłamek nie dotknie, czy co?“

A Maria śmieje się. W takim ogniu się śmieje!

Ja — mówi — zaklęcie takie znam, zdradził mi je pewien marynarz pod Odessą i teraz nic mnie się nie ima“.

I bandażuje, bandażuje... Gdzież się taka urodziła i wyrosła...!

— O ja wiem o niej wszystko i kto ona i skąd. Sama mi opowiedziała — tam. Kiedy zostałem po raz trzeci ranny i czekałem, aż mnie odeślą do batalionu sanitarnego, rana dokuczała mi piekielnie. Leżałem zacisnąwszy szczęki i zgrzytając zębami. Maria podeszła do mnie, wzięła za ręce, poprawiła włosy i od razu mi ulżyło. Inni jęczą, wzywają ją, nie chcąc więc żeby odeszła ode mnie wszcząłem rozmowę. Pytam: skąd Wy, siostro, z jakiej miejscowości. Może z Moskwy?

„Nie — odpowiada — z Odessy“ — Wymieniła rodzinne miasto i spłonęła cała rumieńcem. Zaczęła nam opowiadać.

W Odessie wydarzył jej się taki wypadek. Walczył tam marynarz, porucznik, bohaterski widać chłopak. Prowadził pluton do ataku na Rumunów, a tam przecież goły step, nawet suseł ukryć się nie może. I cały pluton poległ, tylko on jeden do przeciwnika dotarł. Rumuni rzucili się na niego. On za automat, a zamek zaciął się. Wtedy jak nie zacznie ich walić kolbą. Walą się u jego nóg, ale do okopów prą wciąż nowi i nowi. Obsie-

dli go jak muchy konia. A on wciąż się trzyma. Do pierwszej linii frontu, jak ręką sięgnąć! Żołnierze nasi, gdy ujrzeli, że ginie ich bohaterski porucznik, ruszyli do ataku. Rumunów odparli, ale porucznik padł. A podziurawiony był tak, że całego miejsca na nim nie było. Wówczas Maria chwyciła go i uniosła z pola bitwy.

Niesie go i słyszy, że coś jej szepcze.

„Położcie mnie — mówi — siostro, na tę ziemię ukochaną, bo umieram". Ułożyła go na ziemię. Trzyma jego głowę na kolanach, widzi, że już żadna pierwsza pomoc nie jest mu potrzebna, a on prosi: „Pocałujcie mnie, siostro. Młody jestem, żadna dziewczyna mnie nie całowała i żal mi bez tego umierać". Maria pocałowała go w stygnące już usta. I coś jeszcze szepcze do niej, chce coś powiedzieć. Przyłożyła ucho do samych warg i słyszy: „Powiedzcie moim chłopcom, kto żyw pozostał, żeby nie zapomnieli mnie — mówi — żeby mścili, póki serce bije".

T-a-k... „I oto — mówiła nam Maria — gdy jest mi ciężko, strasznie, wspominam tego marynarza porucznika i ostatnie jego słowa".

Zawichost zamilkł na chwilę, odwrócił się, pogrzebał paznokciem w zamarzniętym piasku, westchnął głośno i ciągnął dalej.

— Z Odessy wyjechała ostatnim statkiem. Kiedy ostatnie już nosze z rannym znieśli z brzegu.

Z Sewastopola wywieźli ją na łodzi podwodnej... Potem trafiła do naszej jednostki kozackiej i przeszła z nami od Kerczu do samego Zakarpacia. I cały czas była z nami i w boju i odpoczynku. Tylko dwa razy odłączyła się, wtedy gdy i ją raniono.

Za każdym razem wracała do nas ze szpitala przed terminem. A Kozacy nasi przywiązali się do niej tak, że słowami tego wyrazić nie można. Tu walka, huk, artyleria wali, samoloty bombardują, kule jak grad świszczą, wszyscy przypadli do ziemi, a ona z okopu wyskoczy i po ziemi zręcznie popełźnie, jak jaszczurka. I nie zdążysz się nawet obejrzeć, a już z powrotem czołga się z rannym.

Burczeli Kozacy: „Gdzie się pchasz? Czy można tak los wyzywać?"

A ona śmieje się i mówi: „Zaklęcie znam, marynarz mi je zdradził. Mnie odłamki omijają i kula mnie się nie ima".

I jakby rzeczywiście znała jakieś zaklęcie — kule nie trafiały jej i odłamki ją omijały 4 lata. Aż do ostatniego dnia!

Tego dnia pięć razy ruszaliśmy do ataku i pięć razy łamał się nasz atak: taki był ogień. A miejsce gołe jak klepisko. I kiedy odparli, psy przeklęte, piąty nasz atak, ten oto Kozaczek — Zawichost wskazał na maleńkiego smukłego Kozaka, uważnie słuchającego opowiadania — upadł tuż przed oczyma Niemców, w neutralnej strefie, pomiędzy nami i nimi, w samym środku. Leży twarzą do ziemi, a gdy artyleria milknie, słyszymy jak jęczy. A tu kule świszczą, padają odłamki, koniec świata. Wtedy nasza Maria szybko przebiegła okop i nagle skoczyła na wał. Tak! I czołga się. Sam dowódca batalionu, towarzysz major, krzyczy na nią:

„Dokąd? Wróć, wróć!"

A ona jak gdyby nie słyszy — dalej i dalej. Widzimy, że jest już koło rannego — podpełza...

Słuchający w milczeniu Kozak machnął nagle ręką, skoczył, i odwracając się od wszystkich stanął na wale, wystawiając wzruszoną twarz na ostry, lodowaty wiatr.

— Siadaj, głupcze, trafią cię! — rozkazał mu Zawichost i ciągnął:

— Z okopów zobaczyliśmy, jak pies — faszysta strzelił w naszą Marię idącą z rannym na plecach.

— I nagle jakby coś w nas wstąpiło! Po prostu opowiedzieć trudno.

„Za Marię"! — krzyknął ktoś. Kozacy porwali się i przez wał runęli naprzód.

„Za Marię"! — krzyczeli wszyscy i pędzili pod gradem kul po zaminowanym polu, przez zasieki. Nie upłynęła minuta, a już w okopach niemieckich puściliśmy w ruch kindżały. Wszyscy krzyczeli: „Za naszą Marię! Masz, masz!"

Od tej chwili minęły już pewnie dwa miesiące, a nie zabliźnia się ta rana w naszych Kozakach. Gdy ujrzę żywego faszystę, wciąż mi się zdaje, że to właśnie on zabił naszą Marię. I kiedy pomyślę, że ten, który ją zabił, żyje — nie ma dla mnie spokoju!... Tak, a jej gołąbki naszej, nie ma...

I w tej właśnie chwili ujrzałem, jak duże łzy stoczyły się po ogorzałej twarzy starego żołnierza. I stało się dla mnie jasne, dlaczego w tej jednostce kozackiej, znanego na całym froncie generała Mietalnokowa, tak szeroko rozwinął się w tych dniach ruch snajperski.

„Za Marię Szewczyk" pisali Kozacy-snajperzy na swych kartkach, na których prowadzili wykaz zabitych wrogów.

A potem, w maleńkim polskim miasteczku DĄBROWA WIELKA, przy ruchliwej drodze pokazali mi mogiłę — czerwony obelisk, uwieńczony złotą gwiazdą i troskliwie otoczony niziutkim ogrodzeniem. Na miedzianej tabliczce, przyczepionej do obeliska wyryto: „Starsza Sanitariuszka Maria Szewczyk".

Z owalnej ramki spoglądała delikatna, dziewczęca twarz o dużych oczach, łagodnie i wesoło patrzących na świat.

A na pagórku, na suchej, chłodnej skutej mrozem i owianej lodowatymi wiatrami ziemi, leżały jeszcze, żywe, świeże, czerwone kwiaty.

BORYS POLEWOJ.

PORADNIA KARDIOLOGICZNA

Reportaż własny „Pielęgniarki Polskiej"

ELEKTROKARDIOGRAFIA polega na wykorzystaniu zjawisk elektrycznych, zachodzących w mięśniu sercowym, dla określania stanu i sprawności serca. Mięsień pracujący posiada w stosunku do mięśnia, będącego w stanie spoczynku, potencjał ujemny. Różnica potencjałów pomiędzy grupami mięśni powoduje powstawanie prądów elektrycznych, tzw. prądów czynnościowych. Prądy czynnościowe udzielają się sąsiednim tkankom i dochodzą do powierzchni ciała, gdzie można je ujawnić przy pomocy bardzo czułego galwanometru. Wychylenia struny galwanometru są bardzo małe, zaledwie dostrzegalne. Odpowiedni układ optyczny przenosi powiększone wychylenia na taśmę fotograficzną, dając ciągły, szczegółowy obraz czynności serca.

Elektrokardiogram jest wykładnikiem wszystkich zmian, jakie bez ustanku zachodzą w sercu, notuje bowiem zmiany napięcia elektrycznego w mięśniu sercowym. Jednostajna na pozór krzywa: — skurcz przedsionków — przerwa — skurcz komór — przerwa — skurcz przedsionków — itd.... ma dla doświadczonego lekarza wymowę niezwykle wyraźną i szczegółową, a pozwala nawet na trafne umiejscowienie nieprawidłowości w określonych odcinkach serca.

Elektrokardiografia (EKG) jest tylko jedną z wielu metod diagnostycznych, lecz bardzo często posiada znaczenie decydujące w przypadkach wątpliwych. W dobie obecnej nie można wyobrazić sobie rozpoznania kardiologicznego bez wykonania badania elektrokardiograficznego.

DO niedawna, głównie z powodu braku dostatecznej ilości sprzętu elektrokardiograficznego, ta cenna metoda rozpoznawcza stosowana była w niewielu zakładach leczniczych. Dziś — rośnie liczba placówek wyposażonych w sprzęt tego rodzaju, by służyć jak najszerszym rzeszom potrzebujących.

Przed kilku tygodniami, w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie otwarta została Poradnia dla Chorób Układu Krążenia.



Elektrokardiograf

Spieszymy więc poznać nową placówkę leczniczą i podzielić się zdobytymi informacjami z Naszymi Czytelniczkami.

Obiecujemy solennie ob. dr I. Krzemińskiej-Ławkowiczowej, kierowniczce Poradni, że nie będziemy długo zabierać cennego czasu, bo pacjenci czekają i, że chcemy wiedzieć tylko...

— Jakie są główne zadania Poradni, bowiem ze względu na bardzo rozpowszechnione dolegliwości sercowe, powstanie takiej placówki niezmiernie interesuje ogół? — pytamy, rozglądając się ciekawie po niewielkim, lecz estetycznie urządzonym gabinecie. Za uchyloną kotarą widzimy biało zaścieloną kanapkę, stolik, na nim białą, metalową skrzynkę... aha, aparat do zdjęć elektrokardiograficznych i wejście do ciemni, przeznaczonej do wywoływania klisz na miejscu.

— W dobie obecnej główny nacisk medycyny kładzie się na zapobieganie chorobom, dlatego też rola poradni wszelkiego rodzaju zarysowuje się bardzo wyraźnie. Mamy więc coraz liczniejsze Poradnie Przeciwgruźlicze, Przeciwweneryczne, Przeciwjaglicze, Przeciwgośćcowe itp. Tylko w zakresie chorób układu krążenia tak niewiele zostało zrobione. A przecież od wczesnego rozpoznania choroby i od odpowiednio wczesnego leczenia zależy niejednokrotnie los chorego na serce. Poradnia nasza zatem stawia sobie za cel ocenić dokładnie — najlepszymi, dostępnymi metodami — stan serca, wskazać pacjentowi odpowiedni tryb życia i leczenie.

— Jakie badania wykonuje się w Poradni?

— Po ogólnym badaniu internistycznym, chorych się prześwietla dla określenia kształtu i wielkości sylwetki serca i naczyń wielkich. W przypadkach podejrzanych o zmiany zapalne wsierdzia czy mięśnia sercowego wykonuje się badanie odczynu Biernackiego. W razie potrzeby przeprowadza się próby czynnościowe układu krążenia, próby obciążania z równoczesną kontrolą ciśnienia tętniczego krwi, tętna, elek-



Badanie ciśnienia tętniczego krwi

trokardiogram zwykły, elektrokardiogram powysiłkowy itp.

— W przypadkach jakich chorób serca Poradnia Kardiologiczna najlepiej spełnia swoje zadanie?

— Tu, na pierwszy plan wysuwa się niewydolność naczyń wieńcowych, stany po przebytych bezobjawowych zawałach sierdzia, gdzie samo badanie kliniczne nie może ustalić istoty schorzenia. W tych przypadkach, a także w wielu innych, jak uszkodzenia mięśnia sercowego na tle gośćca, chorób zakaźnych itp., jedynie badanie elektrokardiograficzne, wykonane w Poradni, jest w stanie wykryć zmiany chorobowe.

— A kto kieruje pacjentów do Poradni? — pytamy, przyglądając się ludziom, oczekującym swojej kolejki. Większość z nich robi wrażenie całkiem zdrowych.

— Lekarze-interniści. Nawiązując do poprzedniego, należy podkreślić, że znaczna liczba pacjentów



Uwaga! robimy zdjęcie...

kierowana jest dla kontroli i odróżnienia istotnych, organicznych schorzeń serca, od chorób rzekomych, gdy ludziom zdaje się tylko, że mają chore serce. Ustalenie jednak prawdy o stanie serca, przekonanie pacjentów o dobrym rokowaniu, rozwianie obaw — to ważna i wdzięczna rola naszej pracy.



Zakładanie „odprowadzeń"

— Czym się różni leczenie szpitalne od leczenia w Poradni?

— Przede wszystkim tym, że chory pozostaje pod opieką Poradni przez dłuższy czas. Ma tam swoją kartotekę indywidualną, co każdej chwili daje pogląd na przebieg choroby. Poradnia spełnia ważne zadanie na odcinku selekcji ciężkości przypadków: kieruje chorych do specjalnych zakładów leczniczych, jak sanatoria, kliniki, szpitale; wychwytuje w rozległym materiale chorych te przypadki, które kwalifikują się do leczenia operacyjnego (wady wrodzone serca, zarośnięcie osierdzia itd.). Przez gromadzenie materiału statystycznego, Poradnia Kardiologiczna stanowi źródło tematów do prac naukowych nad etiologią i patogenezą (przyczynami i rozwojem) chorób układu krążenia.

— Jesteśmy na razie u startu naszej działalności. Poradnia Chorób Układu Krążenia — w szerokim pojęciu — powinna i będzie prowadzić otwartą opiekę nad chorymi na serce. Podobnie, jak w Poradni Przeciwgruźliczej, specjalnie przygotowana pielęgniarka będzie przeprowadzać wywiady w terenie, odwiedzać chorych w domu, badać warunki pracy i bytu chorych. Stała kontrola trybu życia chorych na serce, kontakt i współpraca z rodziną chorego,



...jednostajna na pozór krzywa...

wszelka — udzielana w miarę potrzeby — pomoc materialna, wszystko, co może ułatwić życie chorym, utrzymać ich sprawność fizyczną i zdolność do pracy — to są zasadnicze założenia Poradni, jej rola społeczna, kończy pani dokrót Krzemińska-Ławkowiczowa.

(w.)

Czy pamiętasz, że

.... termofor, po użyciu, należy dokładnie osuszyć, napełnić powietrzem i tak właśnie zawiesić?



W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej.

Dr T. ROŻNIATOWSKI

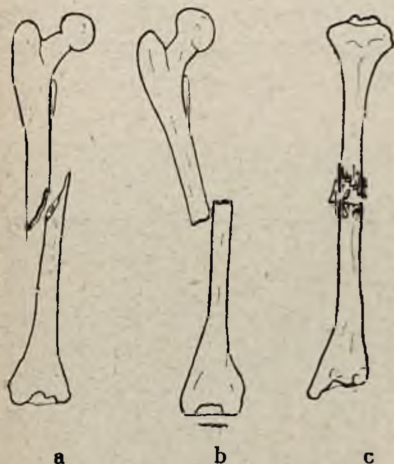
Pierwsza pomoc

ZŁAMANIA

ZŁAMANIE, jest to przerwanie ciągłości tkanki kostnej, powstałe pod wpływem urazu mechanicznego.

Spotyka się wprawdzie i inne złamania, których powodem jest długotrwałe schorzenie kości, jak np. ropienie lub nowotwór. Jednak tymi rodzajami złamań nie będziemy się zajmowali, gdyż na ogół nie są one przedmiotem udzielania pierwszej pomocy.

Złamanie jest bardzo ciężkim uszkodzeniem ciała i od pierwszej chwili wymaga prawidłowego leczenia, gdyż w przeciwnym razie grozi poważnymi powikłaniami. Tak więc nawet pierwsza pomoc musi być udzielona w możliwie doskonały sposób i dlatego nad rodziałem tym zatrzymamy się nieco dłużej.



Złamanie:
a) skośne, b) poprzeczne, c) postrzałowe

Złamania dzielimy na **zamknięte**, czyli **proste** i **otwarte**, czyli **powikłane.** Do tych ostatnich zalicza się również wszystkie złamania **postrzałowe**. Złamania zamknięte występują wtedy, gdy skóra ponad miejscem złamania nie jest uszkodzona. O złamaniach otwartych mówimy natomiast wówczas, kiedy w miejscu złamania znajduje się również rana, przez którą odłamy kostne komunikują się ze światem zewnętrznym.

Ponieważ kość jest bardzo wrażliwa na wszelkiego rodzaju zakażenia, w następstwie których długo ropieje — tego rodzaju złamania są szczególnie niebezpieczne. Najniebezpieczniejsze są jednak złamania postrzałowe; zakażenie trafia tu na szczególnie podatny teren, gdyż działający z wielką siłą pocisk lub odłamek rozbija kość na mnóstwo maleńkich kawałeczków, niszcząc ją na dużej przestrzeni. Oprócz tego, zniszczeniu ulegają również i tkanki miękkie. Wszystko razem jest doskonałą pożywką dla drobnoustrojów, które przy złamaniu postrzałowym **zawsze** dostają się do rany.

Jak rozpoznać, że kończyna uległa złamaniu? Pomoże nam w tym znajomość kilku charakterystycznych objawów:

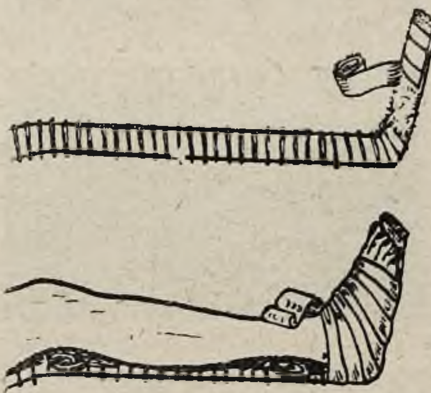
1. W pewnym miejscu kończyny stwierdza się nieprawidłową ruchomość;
2. W tymże miejscu występuje obrzęk i bolesność przy ucisku lub przy próbie poruszenia kończyny;
3. W miejscu nieprawidłowych ruchów można wyczuć, a nawet usłyszeć charakterystyczny chrzęst ocierających się o siebie odłamów kostnych;



Prowizoryczne unieruchomienie złamania kości podudzia

4. Złamana kończyna jest niezdolna do wykonywania normalnych ruchów;
5. Uderzanie w odległe, zdrowe miejsca kończyny powoduje ból w miejscu złamania.

W wypadku złamania powikłanego należy najpierw nałożyć jałowy opatrunek na ranę, a dopiero potem przystąpić do unieruchomienia kończyny.



Unieruchomienie stopy i podudzia przy pomocy szyny Kramera

Pierwsza pomoc przy złamaniach polega na unieruchomieniu uszkodzonej części ciała. Do tego celu służą w zasadzie specjalne przyrządy, tzw. szyny, metalowe lub drewniane, a jeszcze lepiej — opatrunek gipsowy. Szyny takie mają najrozmaitszy kształt, zależnie od kończyny, którą mają unieruchomić. Niektóre z nich, np. szyny Kramera, dają się dowolnie wyginać i modelować.

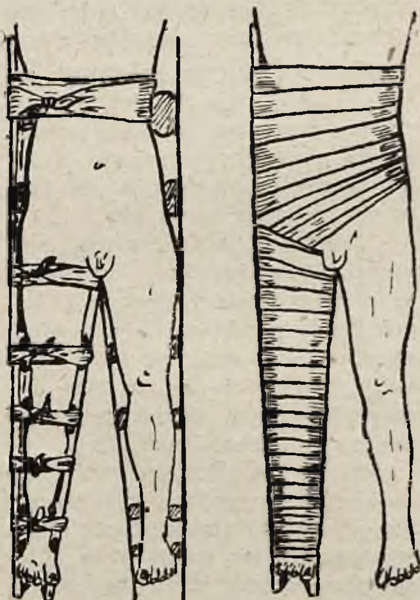
W braku typowych szyn unieruchamiających, można je dowolnie improwizować, posługując się wszelkimi długimi i sztywnymi przedmio-

łami jak pręty drewniane i metalowe, linie, laski, deseczki i tp.

Improwizowany sposób unieruchamiania najbardziej interesuje ratownika, który nie ma pod ręką gotowego materiału sanitarnego.

Wszelkie szyny, przed ich zastosowaniem na złamaną kończynę, zwłaszcza szyny improwizowane, należy o ile możności starannie wymościć watą lub ligniną (siano, mech itp.), aby nie uciskały na części miękkie kończyny.

Przy unieruchamianiu złamań należy zawsze trzymać się następujących zasad:



Unieruchomienie złamania kości uda.

1) przy złamaniu kości unieruchamiamy dwa sąsiednie stawy;
2) przy złamaniu w stawie — unieruchamiamy dwie sąsiednie kości.

Tak np. przy złamaniu kości udowej musimy unieruchomić staw biodrowy i kolanowy (wyjątkowo w tym wypadku jeszcze i staw skokowy, ze względu na konieczność wyłączenia ruchów obrotowych, a przy złamaniu w stawie łokciowym — należy objąć szyną przedramię i ramię.

Załączone rysunki najlepiej uzmysłowią, w jaki sposób unieruchamia się poszczególne rodzaje złamań. Należy jedynie pamiętać, że kończyny górnej nigdy nie unieruchamiamy w pozycji wyprostnej, lecz utrzymując przedramię zgięte w stosunku do ramienia, pod kątem 90^0.

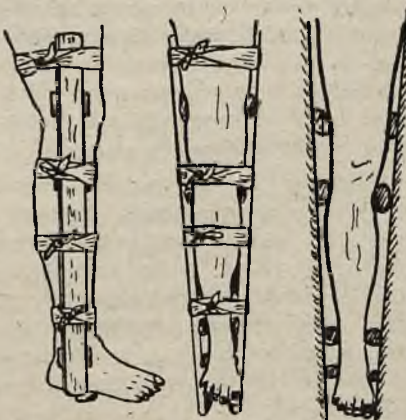
Jeżeli chodzi o unieruchomienie złamań innych części ciała, to przedstawia się ono następująco:



Unieruchomienie kończyny górnej przy pomocy szyny Kramera

— złamanie obojczyka unieruchamiamy przez nałożenie opatrunku Desaulta; należy przy tym dobrze zapudrować dół pachowy i włożyć pod pachę zwinięty duży kłębek waty;

— złamania żeber (bardzo bolesne) unieruchamiamy przez nałożenie okrężnego opatrunku plastrowego na dolne części klatki piersiowej; w braku przylepca — mocno owiązać ręcznikiem klatkę piersiową na wysokości dolnych żeber;



Unieruchomienie złamania kości podudzia

— złamania kręgosłupa unieruchamiamy w ten sposób, że układamy chorego na twardym podłożu i pod miejsce złamania podkładamy wałek ze zwiniętego koca;

Przy złamaniach miednicy postępujemy podobnie jak przy złamaniach żeber: mocno owijamy miednicę długim ręcznikiem.

Chorych podejrzanych o pęknięcie czaszki położyć, kładąc na głowę worek z lodem lub zimny, wilgotny okład. Natychmiast wezwać lekarza!!!

*

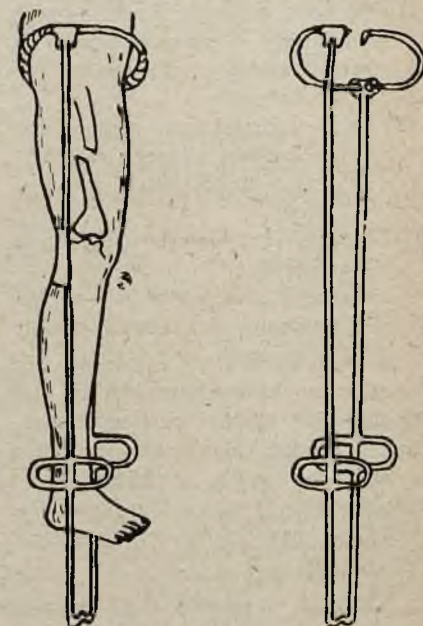
Nie wolno zapominać, że do wszystkich wypadków złamań należy wezwać lekarza, lub też dostarczyć chorych do szpitala.



Opatrunek Dessaulta

Przy transporcie zwracać wielką uwagę, żeby przez niezręczne ruchy nie przysporzyć chorym bólu. Dotyczy to zwłaszcza chorych ze złamaniem kręgosłupa i miednicy, których wobec tego należy mocno przywiązać do noszy, przez co zmniejsza się ryzyko przemieszczania odłamów kostnych.

D. c. n.



Szyna Thomasa i sposób jej zakładania

Upust krwi

UPUST krwi najlepiej jest wykonać przez nakłucie żyły — venaepunctio.

Zabieg ten leży w kompetencji lekarza. Pielęgniarka przygotowuje do zabiegu i asystuje przy nim.

Upust krwi stosuje się:

I. przy wysokim ciśnieniu krwi, które może być spowodowane:
 1. Wiekiem — stwardnienie ścian układu krwionośnego tętniczego — miażdżyca naczyń.
 2. Chorobami nerek.
 3. Przewlekłym zatruciem organizmu:
  a) alkoholem,
  b) nikotyną.
 4. Ciężką fizyczną pracą:
  a) w kopalniach,
  b) w kamieniołomach,
  c) w kanalizacji.
 5. Tzw. samoistne wysokie ciśnienie, niezależne od żadnych przyczyn.

II. W celu usunięcia jadów krwi np.
  a) przy zatruciu tlenkiem węgla (CO),
  b) przy zatruciu kali chloricum,
  c) przy zatruciu nitrobenzolem.

III. W celu odtrucia krwi — przy mocznicy — uremii, kiedy w krwi znajduje się nadmierna ilość mocznika.

IV. Przy nadmiernym wypełnieniu krwią układu żylnego (zastój):
  a) przy niedomodze prawego serca,
  b) przy krupowym zapaleniu płuc,
  c) przy zastoinach w małym krążeniu (np. obrzęk płuc).

U dorosłych, w zależności od przypadku można upuścić od 100 do 500 cm^3 krwi. Upust można robić z każdej żyły, ale najlepiej z żył podskórnych, w okolicy stawu łokciowego. Wkłuwa się igłę głęboko w rozwidlenie żył, w zgięciu łokciowym.

Zabieg ten trzeba przeprowadzić z zachowaniem zasad aseptyki.

PRZYGOTOWANIE TACY:

1. w sterylizatorze (wygotowane):
 a) 1—2 krótkie, grube igły o krótkim ścięciu. najlepiej specjalne do upustu z tarczą,
 b) strzykawka,
 c) pinceta.
2. alkohol, eter,
3. materiał opatrunkowy: waciki, gaziki, serwetki,
4. pinceta w spirytusie,
5. przylepić, albo kolodium, bandaż, nożyczki,
6. opaska gumowa (dren), zaciskacz, lub klamp do przytrzymania gumy,
7. nerka, poduszeczka, serwetka, ceratka,
8. naczynie miareczkowane (jeśli bierzemy krew do badania, to jeszcze 2 probówki wyjałowione).

POSTĘPOWANIE I POZYCJA CHOREGO

Chorego ułożyć, lub posadzić tak, by dostęp do jego ręki był łatwy i wygodny. Rękę chorego opuścić w dół, wyprostować w stawie łokciowym i polecić choremu kilka razy zgiąć i wyprostować palce, gdyż wtedy nabrzmiewają żyły.

Zacisnąć opaską gumową rękę powyżej miejsca wkłucia. Zacisnąć tak, żeby jeszcze można było wyczuć puls. Zbyt słabe zaciśnięcie nie powoduje nabrzmienia żył, a zbyt silne tamuje dopływ krwi. Odpowiednio nałożona opaska pozostaje zaciśnięta przez czas trwania zabiegu.

Chorego prosimy, aby od czasu do czasu kilka razy wyprostował i zacisnął dłoń.

Następnie rękę układamy na podłożonej poduszeczce, okrytej ceratą i ręcznikiem, a bezpośrednio pod rękę podkładamy jałową serwetkę.

Zmyć spirytusem (nie używać jodyny!) skórę pacjenta w miejscu ukłucia i okolicy.

Osoba*) wykonywująca upust powinna mieć uprzednio dokładnie umyte ręce, a bezpośrednio przed wzięciem igły — wytrzeć palce wacikiem zmoczonym w spirytusie.

Następnie dużym palcem (kciukiem) lewej ręki uciska się żyłę poniżej przyszłego wkłucia (reszta palców obejmuje przedramię od dołu), w ten sposób ustala się żyłę, by nie uciekała przed igłą.

Odkażonymi palcami prawej ręki ująć igłę za nasadkę i trzymając ją ścięciem do skóry, poziomo i równolegle do przebiegu żyły, posuwistym ruchem wbić w żyłę przez skórę. Wejście do światła żyły wyczuwa się jako charakterystyczne nagłe zmniejszenie oporu.

Jeśli igła jest już w świetle żyły — krew zaczyna wypływać przez igłę. Przy dużym ciśnieniu krwi wypływa silnym strumieniem. Wtedy bezpośrednio pod igłę podstawia się miareczkowany cylinder.

Jeśli trzeba wziąć krew do badania, należy ją zebrać do wyjałowionych probówek.

Czasami jednak pomimo obecności w żyle, krew nie ukazuje się (niedrożność igły, skrzep), należy wtedy igłę połączyć ze strzykawką i pociągając za tłok, wciągnąć krew do cylindra. Następnie strzykawkę rozłącza się z igłą, a krew wystrzykuje do przygotowanego naczynia! Manewr ten powtarza się kilkakrotnie, licząc ile cm krwi zostało pobrane.

Przy tym sposobie upustu krwi **należy bacznie uważać, by nie wprowadzić do żyły powietrza** (zator powietrzny).

Zdarza się, że nie zawsze można od razu trafić do żyły. Wtedy należy próbować drugą, czystą igłę wkłuć w inną żyłę na tej samej ręce lub na drugiej. Nie należy nigdy zbyt długo manipulować w jednym miejscu, ponieważ jest to:

*) Upust krwi wykonuje lekarz w asyście pielęgniarki. Jedynie w wypadkach nagłych, lub na specjalne zlecenie lekarskie zabieg ten może wykonać doświadczona pielęgniarka.

1. bolesne dla chorego,
2. podrażnia żyłę, która się kurczy.
3. grozi przebiciem żyły na wylot, co powoduje wylew pod skórę.

Po wypuszczeniu odpowiedniej ilości krwi należy zwolnić opaskę, igłę wyjąć jednym, szybkim ruchem, miejsce wkłucia opatrzyć wyjałowioną gazą i silnie unieruchomić przylepcem (rodzaj małego opatrunku uciskowego). Rękę chorego, zgiętą w łokciu, położyć pod głowę, żeby potrzymał tak przez 5 — do 10 minut.

Podczas całego zabiegu należy obserwować samopoczucie pacjenta, wyraz jego twarzy, barwę skóry, tętno, oddech. Sprawdzić dokładnie i zanotować ilość zebranej krwi.

PO ZABIEGU

Po skończonym zabiegu należy wszystko pomyć, doprowadzić do porządku i schować. Jeśli strzykawka była używana, należy ją natychmiast po rozłączeniu z igłą rozmontować i umyć zimną wodą zanim się wytworzy skrzep, który uniemożliwi wyjęcie tłoka. Specjalną uwagę zwrócić na czystość nasadki i drożność igły.

*

Czasami jednak, przy „słabych“ żyłach pomimo dużej zręczności i doświadczenia, nie można przeprowadzić upustu przez venaepunctio, a trzeba się uciekać do venaesectio — tzn. przeciąć skórę, wypreparować i przeciąć żyłę. Zabieg ten **musi** być wykonany przez lekarza-chirurga.

W wypadku niemożności przeprowadzenia venaesectio (nieobecność lekarza), pielęgniarka, chcąc przyjść z pomocą choremu może jeszcze zastosować pijawki, lub bańki cięte.

Opis tych zabiegów ukaże się w numerach następnych.

JANINA RAU

KRONIKA

ZWIĄZKU ZAW. PRACOW. SŁUŻBY ZDROWIA R. P.

OBRADY ROZSZERZONEGO PLENUM ZARZĄDU GŁÓWNEGO

W sali konferencyjnej Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia R. P. pod przewodnictwem dra Jana Rutkiewicza odbyły się obrady rozszerzonego Plenum Zarządu Głównego, w którym wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Komisji Centralnej Związków Zawodowych oraz 150 delegatów Zarządów Okręgów i Oddziałów z całego kraju.

Obszerny referat sprawozdawczy z Kongresu Zjednoczenia złożył przedstawiciel K.C.Z.Z., red. Szymon Dobrzyński. Prelegent podał również wytyczne pracy Służby Zdrowia na najbliższą przyszłość: wzmożenie działalności Rad Zakładowych i Kół, udoskonalenie metod pracy, zwoływanie narad wytwórczych, podniesienie poziomu kulturalno-oświatowego, wychowanie pracowników w duchu socjalistycznym, troska o bezpieczeństwo i higienę pracy oraz zwiększenie wydajności.

Przewodniczący Wydziału Finansowo-Gospodarczego, dr Karol Hanke omówił sprawy uposażeniowe.

Nowa Tabela Płac, zatwierdzona przez Ministerstwo Zdrowia poprzedzona związkową ankietą płac realnych, wprowadza jednolite uposażenie dla pracowników Służby Zdrowia w całym kraju. Zapobiegnie ona przechodzeniu pracowników Służby Zdrowia z jednych zakładów do drugich celem osiągnięcia lepszych zarobków.

Ogólny fundusz, przeznaczony na płace dla pracowników Służby Zdrowia, zwiększył się w tym roku o półtora miliarda złotych, podczas gdy w roku ubiegłym jedynie o 900 milionów złotych. Przeciętnie zarobki pracowników Służby Zdrowia podniosły się od 14% do 16%. Pracownicy Służby Zdrowia zaszeregowani są w 12 grupach uposażeń. Najniższe płace wynoszą 8.800 zł a najwyższe 35.000 zł. 90% pracowników Służby Zdrowia pobierać będzie pensję od 10.400 zł do 28.000 zł.

Dużym osiągnięciem Związku jest zaszeregowanie pracowników fizycznych wykwalifikowanych do wyższych grup uposażeniowych. Związek utrzyma także 40% dodatek specjalny dla pracowników Służby Zdrowia, zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych, zakaźnych, rado - rentgenologicznych i ambulansach ruchowych. Poza tym uzyska Związek 10% dodatek dla pracowników Pogotowia Ratunkowego za nocne godziny pracy.

W trosce o poprawę bytu pracowników Służby Zdrowia Związek przy współudziale Ministerstwa Zdrowia zorganizuje wkrótce kursy dla swych członków, którzy dokształcani będą zarówno w dziedzinie wiadomości teoretyczno - zawodowych, jak i z zakresu wiadomości ogólnych. Zdobycie wyższych kwalifikacji zawodowych pozwoli pracownikom Służby Zdrowia na otrzymanie lepszych uposażeń.

Sprawozdanie z dotychczasowych osiągnięć współzawodnictwa pracy w Służbie Zdrowia złożyli dr Zdzisław Mieniewski z Kobierzyna i dr Kazimierz Golonka z Katowic. Jak wynika ze sprawozdań we współzawodnictwie pracy przoduje okręg Śląsko-Dąbrowski, w którym do drugiego etapu współzawodnictwa przystąpiły 43 szpitale. W pierwszym etapie współzawodnictwa w okręgu Śląsko - Dąbrowskim brało udział 17 szpitali.

Po ożywionej dyskusji zebrani uchwalili rezolucję treści następującej:

Plenum Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia RP. wita wielki dorobek Kongresu Zjednoczeniowego P.Z.P.R.

Kongres miał przełomowe znaczenie dla klasy robotniczej w Polsce i wytyczył nowe drogi dla ruchu zawodowego, zrzeszonego w K.C.Z.Z.

Zgodnie z wywodami referenta tow. Red. Szymona Dobrzyńskiego dorobek ideologiczny Kongresu winien stać się dorobkiem nie tylko członków P.Z.P.R., ale całej klasy robotniczej.

Zjednoczenie partii klasy robotniczej odbyło się na podstawie ideologii marksizmu - leninizmu, jedynie gwarantującej szybki marsz do socjalizmu oraz zbudowanie podstaw ustroju, gdzie nie będzie wyzysku człowieka przez człowieka.

Rozszerzone Plenum Zarządu Głównego wzywa wszystkich członków do walki:

1. O dekomercjalizację zakładów, na terenie których pracują.
2. Zmianę stosunku w zakładach Służby Zdrowia do człowieka pracy tak, aby odczuł on troskę o jego zdrowie.
3. Wzmocnienie oddolnej kontroli społecznej w zakładach Służby Zdrowia.
4. Rozwinięcie współzawodnictwa pracy.
5. Podniesienie kształcenia ideologicznego swych członków w oparciu o teorię marksizmu-leninizmu.
6. Wzmożenie pracy kulturalno-oświatowej.

Zjednoczony w wielkim ruchu zawodowym K. C. Z. Z., uzbrojony w wielki dorobek ideologiczny i organizacyjny Kongresu Zjednoczenia P.Z.P.R. — Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia weźmie czynny udział w budowie podstaw socjalizmu w Polsce.

(is.)

REFORMA PŁAC W ZAWODZIE PIELĘGNIARSKIM

Komisja, która przeprowadzała reformę płac w służbie zdrowia, dążyła do ujednolicenia płac pracowników, wykonywujących te same czynności — „płaca równa pracy".

Obecnie pielęgniarka, niezależnie od miejsca zatrudnienia (samorząd, Ubezpieczalnia Społeczna, kolej itd.), otrzymywać będzie wynagrodzenie tej samej wysokości.

Nieznaczna tylko liczba (około 1%) pielęgniarek, zatrudnionych w administracji państwowej jak i samorządowej nie została objęta rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia.

Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1949 r. dowodzi znaczenia, jakie przywiązuje się do zawodu pielęgniarskiego.

W tabeli stanowisk (zaszeregowania) osoby, zatrudnione w zawodzie pielęgniarskim, znajdują się obok ordynatorów (III grupa), starszych asystentów (IV grupa), magistrów farmacji (III i IV grupa). Pielęgniarka kwalifikowana otrzymuje VII grupę do której zaszeregowani są pracownicy pomocniczego personelu lekarskiego dopiero po wielu latach pracy w swoim zawodzie. ,Płace w zawodzie pielęgniarskim wahają się w Warszawie od 15.400 zł do 30.000 zł, na Wybrzeżu — od 15.800 do 30.400 zł., na pozostałych terenach od 14.000 zł do 28.000 zł. Z uwzględnieniem 40% dodatku specjalnego (zakaźnego, gruźliczego, psychiatrycznego i radiorentgenologicznego): w Warszawie od 21.000 zł do 41.200 zł; na Wybrzeżu od 21.400 do 41.600 zł; na pozostałych terenach od 19.600 zł do 39.200 zł. Dodatki funkcyjne wahają się od 1.200 do 5.000 zł.

Osiągnięcie to, obok unormowania czasu pracy (w otwartym lecznictwie 42 godziny tygodniowo, w zamkniętym — 46 godzin), jest dużym sukcesem w zakresie reformy warunków zawodu pielęgniarskiego. Daje to zawodowi pielęgniarskiemu podstawy do rozwiązania dotychczasowych trudności, jak: odpływ do innych zawodów, niedostateczna liczba kandydatek do szkół pielęgniarstwa, częste zmiany miejsc pracy itd.

Karol Hanke

WARSZAWA.

W dn. 3 stycznia r. b. przy udziale 60 członkiń odbyło się zebranie Sekcji Pielęgniarskiej Oddziału Warszawskiego ZZPSZ.

Kol. J. Szlagowska wygłosiła referat na temat: „Rola i zadanie pielęgniarki szpitalnej w zakładach Ubezpieczalni Społecznej", omawiając szczegółowo zakres pracy i obowiązki przełożonej, pielęgniarek oddziałowych i salowych. Był to pierwszy z cyklu referatów kol. Szlagowskiej, która w następnych referatach omówi pracę pielęgniarek w lecznictwie otwartym Ubezpieczalni Społecznej.

W dniu 21 stycznia r. b. Sekcja Pielęgniarstwa, dzięki pomocy Zarządu Głównego ZZPSZ podejmowała herbatką grono instruktorek wojewódzkich, przybyłych na konferencję do Ministerstwa Zdrowia.

W miłym koleżeńskim nastroju minął wieczór, pozwalając na swobodną wymianę zdań i omówienie wielu zagadnień pielęgniarskich.

*

Sekcja Pielęgniarek Oddziału Warszawskiego Z.Z. P.S.Z. składa niniejszym podziękowanie absolwentkom kursu przygotowawczego do państwowego egzaminu z pielęgniarstwa za piękną inicjatywę budowy „Domu Pielęgniarek", na który to cel zebrano 2.000 zł.

Podejmując inicjatywę koleżanek z Warszawy słuchaczki podobnego kursu w Białymstoku złożyły 5.300 zł.

KIELCE.

Sekcja Pielęgniarska Oddziału Kieleckiego ZZPSZ została zorganizowana wiosną 1948 r. Pierwsze organizacyjne zebranie odbyło się dn. 16 kwietnia 1948 r. W drodze głosowania wybrano zarząd Sekcji w osobach: przewodnicząca — ob. B. Świacka, I wice-przewodnicząca — ob. S. Sarnecka, II wice-przewodnicząca — ob. Chojnacka J., sekretarka — ob. S. Stradowska, skarbniczka — ob. W. Judycka, zastępczyni skarbniczki — ob. K. Drewicz.

Następne zebranie odbyło się w dn. 24.X.1948 r., na którym kol. J. Chojnacka wygłosiła referat na temat: „Rola i zakres pracy pielęgniarki". W planie pracy na kilka najbliższych miesięcy postanowiono przeprowadzić na terenach fabryk i innych zakładów pracy szereg pogadanek na następujące tematy: 1. higiena i odżywianie dziecka, 2. higiena kobiety ciężarnej i karmiącej, 3. higiena osobista, 4. walka z alkoholizmem.

W dn. 24.XI 1948 r. odbyło się zebranie z udziałem kol. Z. Żołędziowskiej, przewodniczącej Sekcji Pielęgniarstwa Oddziału Warszawskiego ZZPSZ która wygłosiła referat na temat: „Rola pielęgniarki w dobie dzisiejszej i rola pielęgniarki w związkach zawodowych".

Z kraju

Min. Zdrowia opracowało ostatnio program dla 2-letnich szkół pielęgniarstwa. Program ten wchodzi w życie od nowego półrocza. Wprowadzenie nowego programu spowoduje ujednolicenie poziomu szkół, unowocześnienie wychowania i nauczania w szkołach oraz związanie szkół z obecnym, państwowym kierunkiem wychowania.

Program ma na celu wychowanie pielęgniarki o wysokim poziomie zawodowym i społecznym, bez przeciążania uczennicy w szkole nadmiarem teorii.

*

Ministerstwo Zdrowia nawiązało współpracę z Ministerstwem Oświaty dla włączenia szkół średniego personelu lekarskiego w ogólną sieć szkolnictwa w państwie. Pozwoliłoby to absolwentkom naszych szkół na uzyskanie — obok zawodowego — wykształcenia ogólnego i dałoby możność jednostkom zdolnym pójścia w górę, uzyskania wykształcenia wyższego.

*

W dniach 21 i 22 stycznia 1949 r. odbyła się w Min. Zdrowia odprawa instruktorek wojewódzkich pielęgniarstwa, dyrektorek, dyrektorów i wice-dyrektorek szkół średnich personelu lekarskiego.

Dzień 21 stycznia rb. był poświęcony zagadnieniom związanym ściśle z pracą wojewódzkich instrutorek. Poruszono następujące zagadnienia:

1. Znaczenie poziomu fachowego w zawodzie pielęgniarskim,
2. Rola pielęgniarki społecznej w lecznictwie otwartym,
3. Wytyczne do rocznego planu pracy wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa w lecznictwie otwartym,
4. Rola pielęgniarki szpitalnej.
5. Wytyczne rocznego planu pracy wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa w lecznictwie zamkniętym.

Koleżanki, instruktorki wojewódzkie złożyły sprawozdania z pracy w terenie.

W drugim dniu obradowano wspólnie z dyrektorkami, dyrektorami i wicedyrektorami szkół personelu średniego. Na obrady zostali również zaproszeni przedstawiciele Zarządu Gł. PCK, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Związku Młodzieży Polskiej.

Wygłoszono następujące referaty:

1. Zadania szkół służby zdrowia w Polsce Ludowej,
2. Zadania wice-dyrektorek społeczno - wychowawczych i ich stanowiska w szkołach,
3. Referat przedstawiciela Z.M.P.

*

Dnia 18, 19, 20 i 21 października 1948 r. odbył się egzamin dyplomowy w Krakowie, w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej.

Dyplomy otrzymały: **Adamska Magdalena, Ceglarska Janina, Chacia Wanda, Chudzyńska Janina, Czarnecka Romana, Dyja Krystyna, Gabryel Krystyna, Gadziała Joanna, Glapińska Alicja, Jakóbiec Anna, Kalinowska Regina, Kmiecikówna Zofia, Konopaczanka Teresa, Koper-Tabor Zofia, Korusiewicz Sylwia, Krajewska Janina, Krzyżanowska Teresa, Książek Barbara, Lempart Elżbieta, Łukaszewicz Krystyna, Osnowska Zofia, Pazderska Helena, Riedlówna Maria, Rumunówna Alina, Selwańska Maria, Sklenarska Maria, Tonderowa Antonina, Topór-Mądry Aleksandra, Worobiew Ałła, Wyrwianka Kazimiera, Wysocka Teresa, Żwan Wanda.**

*

W Krakowie w Szkole Pielęgniarstwa SS. Miłosierdzia w dniach 25 i 26 listopada 1948 r. odbył się egzamin dyplomowy.

Dyplomy otrzymały: **Boczkowska Regina, Boral Leokadia, Bramska Barbara, Buchał Stanisława, Dudek Irena, Dybczyńska Maria, Gniewczyńska Wacława, Hoffman Anna, Jóźwiak Zenona, Krupicka Regina, Kwiek Kazimiera, Kwietniewska Barbara, Lambert Maria, Lisowska Helena, Mieszkowska Elżbieta, Nowaczyk Salomea, Ożóg Irena, Rubiś Stanisława, Ryszka Janina, Sass Zdzisława, Szafraniec Stanisława, Szarejko Elżbieta, Szyjkowska Wanda, Taras Władysława, Weska Irena, Wójcik Maria, Zielonka Krystyna, Zontek Maria.**

*

W styczniu rb. odbył się pierwszy dyplomowy egzamin w Szkole Pielęgniarstwa w Tarnowie. Szkoła cieszy się dużą opieką władz miejskich i wojewódzkich. Komisji egzaminacyjnej przewodniczył ob. Jaroszewski, prezydent m. Tarnowa.

Na rozdanie dyplomów przybyli przedstawiciele społeczeństwa oraz władz wojewódzkich, powiatowych i miejskich. Dyplomy otrzymały 23 uczennice.

Ostatnio szkoła uzyskała nowy, duży gmach, który jest obecnie remontowany; w części już odnowionej mieszka 60 uczennic.

Z zagranicy

ZSRR

Kursy dla sanitariuszy i sanitariuszek.

Ostatnio Związek Radziecki przeprowadza planowe przeszkolenie szerokich kadr sanitariuszy i sanitariuszek zatrudnionych w szpitalach radzieckich.

Ostatnio, jak donosi „Medicinskaja Siestra“ nr 12 (1948 r.) kursy takie przeprowadza się w szpitalu neurologicznym w Kazaniu, według następującego programu:

1. Zasadnicze obowiązki sanitariuszy(szek),

2. Chirurgiczna profilaktyka i jej znaczenie,

3. Higiena sprzątania,

4. Ogólne pojęcie o infekcji, bakterie ropotwórcze i ich zwalczanie,

5. Elementarne podstawy aseptyki i antyseptyki, ich zastosowanie w codziennej pracy sanitariuszy(szek),

6. Higiena osobista chorego i pracownika.

7. Chorzy neurochirurgiczni. Pomoc sanitariuszy przy pracy pielęgniarek.

8. Pomoc przy pracy pielęgniarki w pielęgnowaniu chorych z urazami mózgu i porażeniami obwodowego, nerwowego systemu.

9. Zakaźne choroby (czerwonka, róża, świerzb) i profilaktyka przy obsłudze chorych.

Kurs obejmował 10 godzin wykładów i 2 godziny powtórzenia w celu sprawdzenia podanych wiadomości. Wykłady przeprowadzały przeważnie pielęgniarki.

Kursy te mają na celu podniesienie poziomu wiadomości sanitariuszy i sanitariuszek, którzy są zazwyczaj prawą ręką pielęgniarek w szpitalach.

*

Pielęgniarstwo w Szwecji. Rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa w Szwecji datuje się od połowy XIX wieku, gdy dotarły tam wpływy szkolenia pielęgniarek świeckich, zapoczątkowane przez pastora Fliedener.

System Florencji Nightingale wprowadził Szwedzki Czerwony Krzyż, organizując pierwszą Szkołę Pielęgniarstwa w Upsali. Lecz dopiero Szkoła Pielęgniarstwa otworzona w r. 1884 tzw. „Sofiahemmet“ przy szpitalu „Zofii“ w Sztokholmie, miała decydujący wpływ na wzrost liczby i podniesienie poziomu pielęgniarek szwedzkich. Trzyletnia szkoła dawała swym uczennicom doskonałą praktykę w wzorowo zorganizowanym szpitalu.

Pierwsze pielęgniarki, które ukończyły szkołę były pionierkami nowoczesnego pielęgniarstwa szwedzkiego. Dzięki współpracy szkoły ze szpitalem— higiena i opieka nad chorymi w szpitalu stanęły na właściwym poziomie. Praca i realizowanie zadań pielęgniarskich przez pierwsze dyplomowane pielęgniarki „Sofiahemmet“ miały ogromny wpływ na rozwój pielęgniarstwa w Szwecji. Lekarze i społeczeństwo



ocenili wkład pracy dobrze wyszkolonych pielęgniarek i zaczęto domagać się przydziału ich do innych szpitali.

Ale pielęgniarek z „Sofiahemmet“ było mało. Zaczęto więc zakładać nowe szkoły pielęgniarstwa na wzór istniejących w Sztokholmie. Powstały szkoły w Gothenburgu i Lind.

Wobec braku pielęgniarek dyplomowanych, szpitale były zmuszone zatrudniać siły pomocnicze, wyszkolone na krótkich kursach.

W r. 1920 dzięki staraniom dyplomowanych pielęgniarek, parlament zatwierdził ustawę dotyczącą pielęgniarstwa. W pierwszym rzędzie ustawa zatwierdziła jednolity, 3-letni program dla szkół pielęgniarstwa, warunki pracy i płacy dla pielęgniarek dyplomowanych i sił pomocniczych. Min. Zdrowia zaangażowało pielęgniarkę, do której obowiązków należy nadzór nad szkołami pielęgniarstwa.

Obecnie w Szwecji istnieje 23 szkoły pielęgniarstwa, które rocznie kończy około 1.100 pielęgniarek. Szkoły prowadzone są systemem blokowym. W trzecim roku nauki uczenice przechodzą specjalizację: w pielęgnowaniu chorób dziecięcych, pielęgniarstwie społecznym, sali operacyjnej, położnictwie i innych.

Pielęgniarki społeczne tzw. „rejonowe“ pracują w okręgach, w których liczba ludności wynosi 2 do 3.000 mieszkańców; współpracują one ściśle z lekarzem rejo-



nowym. Wszystkie pielęgniarki rejonowe podlegają starszej pielęgniarce w Min. Zdrowia. Z powodu braku pielęgniarek nie wszystkie rejony są obsadzone.

Po ukończeniu 55, względnie 60 lat życia, zależnie od rodzaju pracy, pielęgniarki, które pracowały w instytucjach społecznych otrzymują emeryturę. Pielęgniarki prywatne nie podlegają tej ustawie.

Stowarzyszenie pielęgniarek szwedzkich założono w r. 1910. Liczy ono około 10.000 członkiń na ogólną liczbę 11.000 pielęgniarek. Stowarzyszenie wydaje pismo zawodowe pt. „Dziennik pielęgniarek szwedzkich“ oraz prowadzi kursy dokształcające dla pielęgniarek dyplomowanych, dla instruktorek szpitalnych i klasowych, dla pielęgniarek na stanowiskach administracyjnych itp.



Wolna Trybuna

POZASZPITALNE KURACJE PENICYLINOWE

NIEMA chyba pielęgniarki, która nie przeprowadzałaby choć u jednego chorego kuracji penicylinowej. Niektóre pielęgniarki mogą się już poszczycić wieloma, nawet tysiącami takich zastrzyknięć.

Tak jak cały świat lekarski oraz całe społeczeństwo— pielęgniarki są entuzjastkami tego doskonałego środka. Pomówmy jednak o trudnościach pielęgniarskich, ściśle związanych z zabiegiem.

Kuracje penicylinowe, przeprowadzane u chorych w szpitalach nie stwarzają znaczniejszych trudności: pielęgniarce przybywa do wykonania pewna liczba zastrzyknięć, czasem znaczna; i na tym koniec. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy chodzi o stosowanie penicyliny u chorych pozaszpitalnych. Liczba takich pacjentów jest duża i stale wzrasta.

Niepodobieństwem jest umieszczać takich pacjentów na 24 godziny w szpitalu, gdy stan ich zdrowia tego nie wymaga, a liczba łóżek jest zawsze ograniczona. Kuracja musi się więc odbyć poza szpitalem, a więc w domu chorego.

Trudno obliczyć, jaki procent chorych otrzymał zastrzyknięcia penicyliny w ubiegłym roku, w każdym razie olbrzymia ich większość rekrutowała się spośród ubezpieczonych, a z tych znowu znaczna liczba przypadła na wypadki leczone w domu. Pracę tę wykonały głównie pielęgniarki domowe, czyli rejonowe.

Praca pielęgniarek rejonowych obejmuje chorych, ubezpieczonych na pewnym określonym terenie: część miasta, przedmieścia, miasteczka, osiedle. Lekarze Ubezpieczalni, ordynujący w danej dzielnicy, przy przepisywaniu kuracji penicylinowej —skierowują chorego, względnie członka rodziny, do pielęgniarki rejonowej lub do gabinetu zabiegowego, czy punktu rozdzielczego, gdzie starsza pielęgniarka (obwodowa) przyjmuje zlecenie i przekazuje je dalej pielęgniarkom.

W ciągu dnia, chory, jeśli może chodzić, zgłasza się na zastrzyknięcie do gabinetu zabiegowego lub wskazanego ambulatorium, jeśli leży w łóżku — pielęgniarka przychodzi do domu; zagadnieniem jednak staje się wykonywanie zastrzyknięć w nocy.

Skala warunków, w których wykonywane są te obowiązki pielęgniarskie, jest olbrzymia. Miałam możność porównania i oceny tej pracy w kilkunastu ubezpieczalniach.

Zdarza się, że rozpoczynając kurację penicylinową, pielęgniarka zastaje w domu chorego przygotowane dla siebie czyste, posłane łóżko w osobnym pokoju i obok na stoliku, budzik do swego użytku; nierównie częściej zdarza się, że pielęgniarka zastaje chorego, który sam nie ma własnego łóżka i śpi z rodziną, a całe pomieszczenie stanowi jeden ciasny, duszny, nieraz zapluskwiony pokój, gdzie nie ma prawie miejsca, aby usiąść. W tych warunkach pielęgniarki bohatersko podejmują pracę ponad siły: wykonują zlecone zastrzyknięcia, przychodząc do pacjenta co 3. godziny przez całą noc.

Jaką stanowi to trudność — właściwie ocenić może tylko ten, kto sam pracował w nocy, zna słabo oświetlone lub nieoświetlone przedmieścia, wyboiste drogi miasteczek i kto własnymi nogami przemierzał nocą nieraz duże odległości. (Pielęgniarki tylko w sporadycznych wypadkach korzystają ze służbowych samochodów).

Wobec wielkiego braku średniego personelu lekarskiego, pielęgniarki po całonocnej pracy, nie mogą korzystać z wolnego dnia. Nazajutrz, po tak przepracowanej nocy, widzi się przy pracy poszarzałe ze zmęczenia twarze pielęgniarek. Dodatkowe wynagrodzenie nie może wyrównać straty sił.

Na szczęście nie wszędzie sprawa przedstawia się tak tragicznie. Tam, gdzie pielęgniarka mieszka przy jakimś punkcie leczniczym, gdzie istnieją warunki do przenocowania chorego — sprawa jest rozwiązana.

Najlepszym wyjściem przy stosowaniu kuracji penicylinowej są tzw. „stacje penicylinowe". Stację taką oglądałam przy Pogotowiu Portowym w Gdyni. Separatki posiadają tylko proste i skromne umeblowanie: łóżko i krzesełko (bielizna na łóżka — czysta zmiana po każdym chorym — jest własnością Pogotowia). Przebywają tu na kuracji chorzy z miasta. Zastrzyki wykonuje personel średnio-lekarski, dyżurujący w Pogotowiu całą dobę. O wyżywienie przez czas pobytu troszczą się sami chorzy, względnie ich rodziny; z małymi dziećmi przychodzą matki.

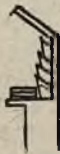
Na terenie Gdyni personel pielęgniarski jest więc zwolniony od uciążliwych wędrówek nocnych. Muszę dodać, że jednak właśnie tam można usłyszeć skargi na brak dodatkowych dochodów z racji tak zorganizowanych kuracji penicylinowych.

Wydaje mi się, że samodzielne (względnie przy szpitalach, pogotowiach czy ośrodkach) stacje penicylinowe są jedyną właściwą formą przeprowadzania tego rodzaju leczenia poza szpitalem.

Proponuję, aby zainteresowane Koleżanki, szczególnie te z prowincji oraz z poradni ogólnych przy Ośrodkach Zdrowia, wypowiedziały się na łamach „Pielęgniarki Polskiej", jaka metoda pozaszpitalnego stosowania penicyliny wydawałaby się im najlepsza i najdogodniejsza. Może zanim młode absolwentki, z czynnych obecnie szkół, wydatnie zasilą nasze szeregi, obmyślimy wspólnie sposoby ułatwienia pracy koleżankom, które w zbyt trudnych warunkach tracą siły i gaszą swój zapał do zawodu.

Projekty muszą być — rzecz jasna — realne, możliwe do wprowadzenia w życie w naszych, trudnych jeszcze warunkach powojennych.

MARIA WILKOŃSKA
b. inspektorka ZUS

W księgarniach i kioskach

WIADOMOŚCI LEKARSKIE nr 2, wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie. Dwumiesięcznik.

Na szczególną uwagę pielęgniarek, zatrudnionych w zakładach fizjoterapii, uzdrowiskach i specjalistycznych oddziałach szpitalnych, zasługuje artykuł Dra Adama Soszki — **„Ogólne Zagadnienia Fizjoterapii"**.

Autor, jak sam na wstępie zaznacza, zajmuje się tu jedynie wąską dziedziną fizjoterapii — „małą fizjoterapią", pod którą rozumie:

„1. Te metody, w których podstawowym czynnikiem leczniczym jest energia elektryczna sama przez się, bądź przetworzona na energię cieplną lub promienistą (z wyjątkiem wyżej wspomnianych).

2. Niektóre metody balneologiczne.

3. Bezpośrednie mechaniczne leczenie ręką ludzką, tj. masaż".

Artykuł, pisany pod kątem widzenia zagadnień lecznictwa w ZUS, dąży do uzasadnienia całkowitej odrębności tej specjalności lekarskiej, jaką jest fizjoterapia.

Brak lekarzy-specjalistów, niedostateczne uwzględnienie tej dziedziny wiedzy lekarskiej w szkolnictwie oraz napór chorych na zakłady fizjoterapii — nie przyczynia się do podniesienia poziomu lecznictwa fizykalnego w kraju.

„Wobec tego — pisze autor — przestaje już dziwić brak odpowiedniego wyszkolenia u, doskonałych poza tym, pielęgniarek. Można powiedzieć, że pielęgniarek obeznanych z fizjoterapią również nie ma. Nie chcę nadużywać pospolitego dziś argumentu o „braku ludzi". Jest to brak tylko jakościowy, istniejący od dawna. Być może, że niedawno otwarto szkoły asystentek technicznych częściowo złagodzą brak pielęgniarek, nie znam ich programu nauczania i celów, wszelako nie są to szkoły pielęgniarskie".

„W tym stanie rzeczy organizacja lecznictwa fizykalnego wygląda zgoła desperacko, gdyż musi natrafić na olbrzymie trudności w tworzeniu zakładów i obsadzie stanowisk lekarskich i pielęgniarskich w ciągu długich lat, chyba że odpowiednie czynniki zdołają wywrzeć szybki i skuteczny wpływ na program nauczania na Wydziałach Lekarskich i w Szkołach Pielęgniarstwa".

W celu doraźnego zmniejszenia braku specjalistów w dziedzinie fizjoterapii, autor proponuje stworzenie kursów teoretycznych dla lekarzy i pielęgniarek przy istniejących zakładach samodzielnych — szpitalnych, lub uzdrowiskowych.

Fizjoterapia, jako zbiór metod leczniczych, istnieje równolegle z innymi zespołami leczniczymi jak: farmakoterapia czy chirurgia i, jako taka, winna zyskać równe z nimi prawa: otrzymać przeszkolony odpowiednio personel, uzyskać oddzielne zakłady „małej fizjoterapii" i ich administracji oraz odpowiednie wyposażenie, które autor dokładnie wylicza.

Dalej, dając wyraz trosce o ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej personelu lecznictwa fizykalnego, autor pisze: „Wydawałoby się sprawą bezsporną, że lekarz i personel pomocniczy, zatrudniony w instytucjach publicznych, winien być ubezpieczony z samego prawa od odpowiedzialności cywilnej. Sprawa ta, niesłychanie ważna, dotychczas jednak, jak się zdaje, nie została rozwiązana".

Zorganizowanie lecznictwa fizykalnego — zdaniem autora — zobowiąże ZUS do przestrzegania ochrony zdrowia pracowników fizykoterapii, narażonych przede wszystkim na szkodliwe działanie gazów, wytwarzających się pod wpływem wyładowań elektrycznych oraz porażenia prądem.

W Związku Radzieckim, jak wspomina dr Soszka, ochrona służbowoprawna, przysługująca fizjoterapeutom, jest oparta na zasadach ochrony radiologów.

A. B.

Przegląd prasy zagranicznej

W numerze 11 czasopisma NURSING TIMES znajdujemy ciekawy artykuł o „reumatycznym sercu". Poniżej podajemy streszczenie tego artykułu.

Łatwiej jest pojąć oderwane, poszczególne objawy chorobowe niż powiązać je z historią życia pacjenta. A jest to rzecz bardzo ważna. Umiejętne wejrzenie w przeszłość chorego rozwiązuje wiele nasuwających się problemów lecznictwa.

Jako przykład słuszności takiego stanowiska podajemy historię „serca reumatycznego".

Początków gośćca należy się doszukiwać u dziecka w wieku od lat 5—15, częściej u dziewczynki niż u chłopca. Większość ofiar „serca reumatycznego" pochodzi z najbiedniejszej ludności miejskiej: niedostateczne odżywianie, wilgotne i przeludnione mieszkania — to czynniki decydujące. Poprawa warunków mieszkaniowych i prawidłowe odżywianie mogłoby znacznie zredukować liczbę zachorowań. W okresie więc kiedy dziecko powinno w całej pełni brać udział w zabawach i życiu szkolnym, staje przed nim widmo groźnej choroby.

Pierwszym zwiastunem omawianego cierpienia jest ostry lub podostry napad gośćca stawowego lub objawy chorei. Im dziecko młodsze, tym większe prawdopodobieństwo, że choroba zaatakuje serce. Więcej nawet, uszkodzenie serca jest raczej składowym elementem gośćca u dzieci, niż komplikacją pochorobową.

Ostry gościec stawowy można łatwo rozpoznać po wędrujących bólach i obrzęku większych stawów, a zjawia się zazwyczaj w ca 20 dni po zapaleniu migdałków. O złośliwości gośćca nie stanowią li-tylko bóle stawów: „reumatyzm liże stawy, a kąsa serce" — znane powiedzenie.

Gościec podostry jest chorobą raczej niewyraźną. Dziecko roztargnione, skarżące się na częste bóle gardła, nieokreślone bóle kończyn, łatwo męczące się — należy podejrzewać o chorobę gośćcową.

W rozwoju „serca reumatycznego" najwcześniejsze objawy stanowią: ostre zapalenie wsierdzia, sierdzia lub osierdzia. Leczenie gośćca — jak wiemy — kładzie chorego do łóżka na wiele tygodni, a dziecko pozbawia tym samym przez długie miesiące szkoły i nauki.

Wychodząc ze stanowiska przydatności w społeczeństwie, wiemy, jak ważne jest przygotowanie chorego z wadą serca do pracy umysłowej, siedzącej. Najczęściej jednak, dziecko, mając wielkie luki w nauce, musi brać się w przyszłości do ciężkiej pracy zarobkowej, do pracy fizycznej.

Przebiegając myślą dalszy rozwój omawianego schorzenia, widzimy, że każde następne zaostrzenie choroby pogłębia już istniejącą wadę serca. Czas zaś spędzony na leczeniu jeszcze bardziej zmniejsza szanse normalnego kształcenia się i przygotowania do zawodu.

Ostre napady gośćca ustąpiły miejsca — z biegiem czasu — objawom przewlekłego zapalenia wsierdzia, osierdzia lub mięśnia sercowego, powstały nieodwracalne wady serca. Dopóki jeszcze mięsień sercowy jest w stanie pokonywać coraz bardziej wzrastające opory, chory pracuje, czasem przez wiele lat, a jego wada serca jest „wyrównana". W okresie „wyrównania" — kompensacji, ludzie nie zawsze zdają sobie sprawę z nieuchronnego niebezpieczeństwa, zajmują się sportem, pracują zawodowo itd. Aż wreszcie następuje załamanie się: mięsień sercowy dał z siebie maksimum i nie jest więcej w stanie przezwyciężać nadmiernych trudności. Zjawia się etap „niewyrównania".

Moment taki przyśpieszają różne ostre zakażenia (zapalenie płuc, angina, grypa itd.), u kobiet bardzo często — okres ciąży i porodu.

I teraz stajemy w obliczu niewątpliwej prawdy: gdybyśmy zawsze umieli zdać sobie sprawę z całego przebiegu choroby, z historii życia pacjenta, a w leczeniu przywiązywali równą wagę do objawów chwilowych, jak i do następstw tej podstępnej choroby, to, przez odpowiednie zapobieganie, potrafilibyśmy odsunąć jak najdalej moment „niewyrównania" wady serca, moment już beznadziejny.



Nasza Korespondencja

OB. LEOKADIA CHOMIŃSKA W TURKU.

Osobom, które ukończyły kursy pielęgniarskie w państwach obcych prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej w Polsce może przyznać Minister Zdrowia, przy czym osoby ubiegające się o przyznanie im tego prawa winny przedstawić odpowiednie dowody ukończenia kursów.

Obywatelka oświadcza, że świadectwo ukończenia kursów pielęgniarstwa, uzyskane w Kijowie, zaginęło i odpisu, pomimo starań, otrzymać nie może, natomiast posiada dowody pośrednie ukończenia jak: legitymację i zaświadczenia wiarogodnych świadków oraz — pismo Konsulatu polskiego w Kijowie o zniszczeniu akt.

Ocena dowodów zależy od uznania Ministra, któremu Ustawa przyznaje prawo decyzji w tych sprawach.

Gdyby dowody te uznane zostały za niedostateczne, pozostaje droga starania o odtworzenie świadectwa w sposób wskazany przez przepisy dekretów o odtwarzaniu dyplomów i świadectw ukończenia nauki.

W tym celu należy złożyć do Sądu miejsca zamieszkania Obywatelki wniosek o odtworzenie świadectwa i postąpić tak, jak to wyjaśniono już w nrze 2—3 naszego pisma M .G., załączając do wniosku również pismo Konsulatu polskiego.

OB. MIELCARKOWA MONIKA, Z KOŚCIANY.

Ustawa o Pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. stanowi, że równoznaczne z dyplomami szkół pielęgniarstwa są również świadectwa złożonego egzaminu pielęgniarskiego, uzyskane zgodnie z art. 20 tejże ustawy. Skoro Pani oświadcza, że egzamin na podstawie tych przepisów złożyła w r. 1938, to świadectwo ze złożenia tego egzaminu nadaje jej takie same uprawnienia, jakie przysługują pielęgniarkom posiadającym dyplomy z ukończenia szkoły pielęgniarstwa.

Sprawę uposażenia pielęgniarek reguluje obecnie okólnik Min. Zdrowia z dn. 21 grudnia 1948 r. nr 75/48 oraz załączona do tego okólnika tabela stanowisk. Przepisy okólnika, który obowiązuje od 1 stycznia 1949 r. uzależniają wysokość uposażenia od stanowiska, jakie pielęgniarka zajmuje, oraz od trzyletniej pracy na danym stanowisku, poza tym pielęgniarkom zatrudnionym w oddziałach: psychiatrycznym, zakaźnym, gruźliczym i radio-rentgenologicznym przysługuje dodatek wysokości 40% uposażenia zasadniczego.

„ZACHÓD" ŚWINOUJŚCIE.

Odpowiedź na swoje pytanie znajdzie Obywatelka w odpowiedzi udzielonej ob. Monice Mielcarkowej z Kościany.

OB. K. EYWOTTER —

Za uprzejme słowa oraz słuszne uwagi — dziękujemy. Poczynimy poprawki.

REDAKCJA „PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"

OGŁASZA

KONKURS

NA WSPOMNIENIE Z PRACY PIELĘGNIARKI Z CZASÓW WOJNY I OKUPACJI

WARUNKI KONKURSU:

1. Praca musi być napisana przez pielęgniarkę.
2. Temat pracy musi być związany z zawodem pielęgniarskim.
3. Praca musi dotyczyć przeżyć osobistych.
4. Praca nie może przekraczać 6 stron maszynopisu (odstęp 1-wierszowy, margines 3 cm).
5. Nagrody: I — 15.000 zł, II — 10.000 zł, III — 5.000 zł.
6. Redakcja zastrzega sobie pierwszeństwo druku prac nagrodzonych bez porozumienia z autorem.
7. Prace wyróżnione, nienagrodzone mogą być także zamieszczone w piśmie (za normalnym honorarium).
8. Termin nadsyłania prac do 1 września 1949 r. (decyduje data stempla pocztowego).
9. Prace należy nadsyłać opatrzone godłem; nazwisko i adres w oddzielnej zaklejonej kopercie.
10. Skład jury podamy w jednym z następnych numerów.

SPROSTOWANIE.

W numerze 2/3 naszego pisma, na str. 9 umieszczono mylnie pod nazwiskiem Dr Lucjana Dobrowolskiego: „Ordynator Szpitala Wolskiego". Winno brzmieć: „Ordynator Szpitala Św. Ducha".

ERRATA.

W Nr 1 (styczeń 1949 r.) na str. 6 pod zdjęciem powinno być: Szpital PCK w Łodzi.

Na str. 11 w 6 wierszu od góry zamiast „ale notowane" powinno być „nie notowane".

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 40,—, kwartalna zł 120,—, półroczna zł 240,—, roczna zł 480,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Prasa Wojskowa, Druk. w Łodzi, II. 49. Nr 372. 5.000. D-030500